

Projet de Services de la Cité de l'Espoir

Concernant les services résidentiels pour adultes (SRA)

2021



Table des matières

Table des matières

Introduction.....	6
1. Histoire du projet	7
2. Nos missions, nos valeurs, nos références.....	8
2.1. La liberté.....	10
2.1.1. Le concept d'autodétermination.....	10
2.1.2. La liberté de mouvement sur le domaine et dans les bâtiments.....	10
2.1.3. La Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle (VARs)	11
2.2. Le lien de qualité et l'approche relationnelle.....	11
2.2.1. La charte des valeurs	11
2.2.2. La sécurisation	12
2.2.3. L'approche de la contention.....	12
2.2.4. La qualité des soins.....	13
2.2.5. Un personnel épanoui	13
2.3. L'inclusion et la participation Sociale	14
2.3.1.1. L'inclusion.....	14
2.3.2. La valorisation des rôles sociaux	14
2.3.3. La normalisation des conditions de vie	14
2.3.4. Les nouvelles résidences « inclusives ».....	15
3. La description de la population accueillie	16
4. Les programmes spécifiques et transversaux	17
4.1. Le programme-cadre polyhandicap	17
4.1.1. La définition du polyhandicap	17
4.1.2. L'accompagnement pluridisciplinaire de la personne polyhandicapée	18
4.1.3. La qualité de la relation dans les actes de la vie quotidienne.....	18
4.1.4. Les soins corporels.....	18
4.1.5. La nutrition	19
4.1.6. La mobilité et la motricité	19
4.1.7. Les activités	20
4.1.8. La communication avec la personne polyhandicapée et l'observation des résidents.....	21
4.1.9. Les outils de communication entre professionnels.....	22

4.2.	Le programme-cadre autisme	22
4.2.1.	L'approche des personnes autistes au sein de nos services	22
4.2.2.	Une évolution de notre perception de la personne autiste et de nos pratiques.....	23
4.2.3.	Les principes et moyens d'intervention	24
4.3.	Le programme transversal « ainés »	30
4.3.1.	Un accompagnement au long cours.....	30
4.3.2.	Nos principes et moyens d'intervention	31
4.4.	Programme transversal : La gestion des troubles du comportement.....	37
4.4.1.	Qu'est-ce qu'un trouble du comportement ?	37
4.4.2.	Le trouble du comportement comme moyen de communication.....	38
4.4.3.	Pourquoi cette manière de communiquer ?	39
4.4.4.	L'intervention éducative.....	39
4.4.5.	L'analyse et les pistes d'intervention	42
4.4.6.	L'aménagement de l'environnement	42
4.4.7.	L'inclusion	43
4.4.8.	Les objectifs à moyen terme	43
4.5.	Le programme « des résidences inclusives »	44
4.5.1.	Historique du projet des résidences inclusives	44
4.5.2.	La philosophie du projet.....	44
4.5.3.	La vie dans les maisons.....	46
4.5.4.	Un accompagnement pluridisciplinaire dans une approche positive	48
4.5.5.	Co-construire son projet de vie	49
4.5.6.	Les objectifs spécifiques	51
5.	Infrastructures.....	52
5.1.	Situation actuelle.....	52
5.1.1.	Lieux d'implantation et type d'environnement	52
5.1.2.	La structuration de l'espace	52
5.1.3.	Les services support	53
5.1.4.	Les ressources extérieures	54
5.2.	Situation future et objectifs	55
6.	Implication de la personne.....	56
6.1.	Le Plan de Soutiens Personnalisé	56
6.2.	L'évaluation du Plan de Soutiens Personnalisé	56
6.3.	Partenariat avec la famille.....	57

6.4.	Dossier Individuel du Résident	57
7.	Politique d'accueil	59
7.1.	Procédures et critères d'admissions	59
7.1.1.	Prise de contact.	59
7.1.2.	Examen d'admission	59
7.1.3.	La réunion de la Commission d'admission	60
7.2.	Orientation du résident dans notre offre de services	60
7.3.	Procédure et critères de réorientation	61
7.4.	Règlement d'ordre intérieur et convention d'accueil	62
7.5.	Gestion des biens	62
7.6.	Conseil des usagers	63
7.7.	Traitement des réclamations.....	63
7.8.	Politique de sanctions et de gestion des contentions.....	63
7.9.	Politique d'ouverture du service	64
7.9.1.	Collaborations avec d'autres services et associations.....	64
7.9.2.	Collaborations avec les établissements académiques	64
7.9.3.	Situation future : objectifs à moyen et long terme	65
8.	Fonctionnement et organisation.....	66
8.1.	Organisation des lieux de vie et des activités.....	66
8.2.	Procédures de coordination et de concertation	66
8.2.1.	Les instances de concertation sociale	66
8.2.2.	La méthodologie participative.....	67
8.2.3.	Les temps et lieux de coordination pédagogique	67
8.2.4.	Les lieux et temps de coordination des soins et du suivi médical.....	68
8.2.5.	Les outils de communication et de coordination autour du résident.....	70
8.2.6.	Les outils de communication et de coordination des soins et du suivi médical	71
9.	Personnel.....	73
9.1.	Organigramme hiérarchique	73
9.2.	Volume d'emploi par fonction.....	73
9.3.	Définition des fonctions au sein des équipes pédagogiques et de soins	74
9.3.1.	L'éducateur.....	74
9.3.2.	L'éducateur-référent	74
9.3.3.	Le chef de groupe référent.....	75
9.3.4.	L'éducateur de nuit	76

9.3.5.	Le responsable de nuit	77
9.3.6.	Le psychologue référent.....	77
9.3.7.	Le logopède	78
9.3.8.	L'ergothérapeute.....	78
9.3.9.	Le psychomotricien.....	79
9.3.10.	L'assistant social	79
9.3.11.	L'infirmière	80
9.3.12.	L'infirmière cheffe	81
9.3.13.	Le kinésithérapeute	81
9.3.14.	Le médecin coordinateur.....	82
9.3.15.	Les médecins spécialistes	83
9.3.16.	Le médecin-psychiatre.....	83
9.4.	Politique de recrutement	83
9.5.	Politique de formation	84
9.6.	Logique de structuration des horaires	85
10.	Conclusions générales	86
11.	Annexes	88

Introduction

Le présent projet de service a été élaboré de manière participative durant le premier semestre 2021. Il tient compte des résultats et des recommandations formulés dans les audits interne et externe réalisés par la Cité de l'Espoir au premier semestre 2020. L'une des principales recommandations portait sur l'élaboration d'un projet de service alliant une concertation étendue des acteurs concernés et une appropriation par ceux-ci du projet. Malgré les contraintes liées à la pandémie Covid-19, le processus participatif a été important, mobilisant toutes les équipes de soins et pédagogiques. Le travail d'élaboration s'est réalisé en plusieurs phases et selon des modalités différentes en fonction des services et des lieux de résidences.

Dans la première phase, des groupes de travail pluridisciplinaires ont été constitués sur base d'un appel à volontaire pour réfléchir et produire des premiers textes de référence. Ces textes devaient rendre compte de nos pratiques concrètes, de nos volontés d'amélioration et des objectifs que nous nous fixons à l'horizon du premier semestre 2026. Au final, 6 groupes de travail (de 5 à 15 participants) ont été constitués afin de rendre compte à la fois de ce qui nous unit mais aussi de la diversité des profils et des projets développés au sein de nos services.

1. Programme général (Missions, valeurs, référentiels)
2. Programme Polyhandicap (spécifique)
3. Programme Autisme (spécifique)
4. Programme Vieillesse (transversal)
5. Programme Troubles comportement (transversal)
6. Projet Résidences Inclusives (spécifique)

Dans une seconde phase, les textes produits par les groupes de travail ont été présentés dans les équipes pédagogiques et de soins potentiellement concernées par les différents programmes. Les textes de départ ont ensuite été amendés sur base des questionnements, des réflexions et des propositions d'amélioration des équipes.

Dans une troisième phase, les différentes productions (programmes) ont été assemblées en un projet commun qui a été soumis aux différentes instances (Interstaffs, Comité de Direction, Conseil d'Entreprise, Conseil d'Administration, Conseil des Usagers) sous différentes formes et supports.

Dans une phase ultérieure, les projets de services adultes (SRA) et jeunes (SRJ) seront présentés et discutés avec les parents. Sans la pandémie Covid-19, cette phase aurait dû se dérouler sous la forme d'une journée pédagogique, comme pour les projets de service 2015 (SRA) et 2017 (SRJ).

Ce projet de services est un plan d'ensemble, proposant une formalisation de ce que nous faisons et de ce que nous tendrons à réaliser dans les années à venir. Il est sous-tendu par la volonté de promouvoir une politique de bientraitance des personnes accueillies. Ainsi, une série de thèmes et de concepts relayés aux principes de la bientraitance ont été mobilisés dans les discussions des différents groupes de travail (respect, inclusion, autonomie, autodétermination, valorisation, etc.) et constituent le fil rouge du projet.

Cependant, nous nous écarterons d'une présentation académique de ces concepts pour véritablement décrire comment nous essayons et souhaitons les incarner au quotidien.

1. Histoire du projet

La Cité de l'Espoir a une histoire riche d'un parcours de plus de 60 années au cours desquelles cette institution aura connu de nombreuses évolutions. Son histoire débute à l'initiative d'un groupe de parents. En avril 1952, une association de parents verviétois crée L'ALIGNEMENT, Ligue d'Education Intellectuelle et Morale des Déficiants Mentaux. Au départ, le but de cette association est d'établir des liens entre les parents, de mieux faire connaître la problématique du handicap mental grave et de promouvoir des initiatives en cette matière. Mais très vite un constat s'impose : il faut une solution d'accueil durable.

En 1958, ce groupe de parents, aidé par la population et la CAP de Verviers, décide l'ouverture de l'IMP « La Cité de l'Espoir » dans l'ancien home Gobert Martin à Andrimont. Au départ, il accueille 55 enfants. Les premières années sont difficiles, faites de débrouilles – des tramways seront utilisés comme locaux pour les classes – et d'élans de solidarité de la population (tombolas et aides en tous genres).

En août 1968 s'ouvrent de nouveaux bâtiments d'une capacité de 222 lits pour enfants de 0 à 21 ans, au domaine des Croisiers à Andrimont. Cette initiative répond aux nombreuses demandes venant de toute la Belgique et même de France. L'initiative est subsidiée, à l'époque, par le Ministère de la Santé Publique mais ne peut se réaliser que grâce à un mouvement de solidarité pour la levée de fonds. L'institution dispose sur son site de ses propres classes d'enseignement spécial jusqu'à la fin des années 70.

En 1976, considérant le passage à la majorité de nombreux pensionnaires, joint au souci constant de l'institution de proposer aux familles une prise en charge à long terme, la Cité de l'Espoir décide la construction de nouveaux bâtiments destinés à l'hébergement des adultes. La capacité d'accueil passe à 310 personnes : enfants, adolescents et adultes. Les personnes adultes hébergées sont des personnes ayant des besoins intenses en nursing ou ne bénéficiant pas d'une solution de travail adapté (on parle à l'époque de « non-travailleurs »).

Depuis ce moment, au fil du temps, le nombre d'adultes accompagnés par la Cité de l'Espoir est en constante augmentation. Dans la même proportion, celui des mineurs diminue. Le Conseil d'Administration, lors de renouvellements d'agrément demande donc des glissements de capacités agréées des mineurs vers les adultes.

En 1982, à la demande des hôpitaux de la région, la Cité de l'Espoir ouvre une section pédiatrique pour accueillir de très jeunes enfants handicapés. Au fil du temps, les bâtiments correspondent de moins en moins aux nécessités d'un hébergement moderne de qualité. C'est pourquoi, en 2002, le Conseil d'Administration initie la construction de nouveaux bâtiments sans toutefois modifier à ce moment la capacité d'hébergement. Actuellement, les services résidentiels de la Cité de l'Espoir accueillent plus de 280 résidents adultes et une trentaine d'enfants et d'adolescents.

En 2019 et 2020, deux groupes de vie prennent possession de 2 résidences inclusives à Dison (place du Sablon) et Verviers (rue du palais). En 2022, un troisième groupe de vie devrait prendre possession de l'ancien Château Borman à Dison.

2. Nos missions, nos valeurs, nos références

Nous accueillons une diversité de profils de personnes handicapées adultes, qui ont toutes une déficience intellectuelle modérée, sévère ou profonde. Par décret, nos missions sont de proposer un accueil et un hébergement mais aussi « *un accompagnement éducatif via des activités variées et adaptées, un accompagnement psychologique et social optimal adapté à leurs besoins et vise l'intégration sociale, culturelle ou professionnelle de la personne handicapée* ».

Mais ce n'est pas un arrêté qui fonde nos actions. Au départ de notre projet et de nos actions, il y a surtout une motivation, celle d'accompagner les usagers vers une vie de qualité, en respectant leur intégrité individuelle et leur spécificité.

A l'analyse de nos pratiques, nos grandes lignes de force s'organisent autour de 3 axes : la **liberté**, le **lien de qualité** et la **participation sociale**. Ces lignes de force articulent à la fois des valeurs qui nous sont propres mais aussi la mobilisation de concepts comme l'inclusion, l'autonomie, l'autodétermination, la valorisation des rôles sociaux, etc. Nous vous les présentons ci-dessous dans leur synergie.

BIENTRAITANCE

ACCOMPAGNEMENT pour UNE VIE DE QUALITÉ



Liberté

- Autodetermination
- Liberté de mouvement dans le domaine et le bâtiment
- Approche de la contention
- Référentiel VARS



Lien de Qualité/Relation

- Charte des valeurs
- Sécurisation
- Qualité des soins
- Un personnel épanoui



Participation Sociale

- Valorisation des rôles sociaux
- Normalisation
- Nouvelles résidences
- Inclusion

Projet de service – Projet de foyer- Plan de Soutien Personnalisé

Plan de formation – Plan d'infrastructure – Plan Stratégique Global

2.1. La liberté

L'organisation de la vie en communauté et l'organisation de travail imposent un partage de l'espace et du temps. Notre approche de la liberté s'inscrit dans une collectivité, un environnement partagé où la vie peut s'exprimer pleinement en accompagnant le résident pour qu'il soit acteur de sa propre vie.

Le travail pour promouvoir la liberté regroupe toute une série d'actions concrètes qui visent à rendre l'utilisateur acteur de sa propre vie. La liberté, c'est autoriser la personne à faire des choix pour elle-même, c'est lui permettre de voyager comme bon lui semble, c'est favoriser le lien social avec ses pairs, c'est aussi lui laisser disposer de son propre corps.

Les concepts déclinés ci-dessous sont autant de moyens qui nous permettent d'aller vers toujours plus de liberté et donc, de bienveillance.

2.1.1. Le concept d'autodétermination

L'autodétermination désigne la capacité d'une personne d'agir directement sur sa vie en effectuant **librement** des choix non influencés par des agents externes (Boisvert, 1998).

A l'égal de toute autre personne, une personne handicapée peut poser des choix en regard de ses capacités. Cela peut concerner ses projets, ses activités, ses relations sociales, son alimentation, son habillement, etc.

Ses choix peuvent être exprimés de manière atypique et cela nécessite de la part de tous les professionnels une écoute et une observation fine, répétées au quotidien et pluridisciplinaires.

Une personne autodéterminée manifeste de l'autonomie et pose des choix pour sa vie. Même minime, comme choisir entre du cacao ou de la confiture sur la tartine, ce choix contribue à l'épanouissement de la personne et doit être valorisé.

Au-delà du soutien de l'autodétermination dans les gestes de la vie quotidienne, nous mettons en place des dispositifs prenant en compte l'avis, les préférences et les choix des résidents :

- Le Conseil des Usagers est l'instance qui permet à nos résidents de donner leur avis sur le fonctionnement de l'institution de manière générale. Tous les thèmes peuvent être abordés.
- Le projet de vie est un procédé, par lequel la personne handicapée, les différents professionnels et ses proches se réunissent pour identifier les besoins et aspirations de la personne.

2.1.2. La liberté de mouvement sur le domaine et dans les bâtiments

Une des premières choses qui interpelle nos visiteurs lorsqu'ils viennent pour la première fois à la Cité de l'Espoir est notre situation au milieu d'un domaine boisé. Vivre au milieu de ce magnifique domaine doit être une chance pour nos usagers. Pour autant que l'utilisateur soit en capacité de s'orienter, l'accès à l'entièreté du domaine peut lui être autorisé. Durant ses moments de loisir, nous permettons aux usagers qui en ont la possibilité de circuler à leur guise dans notre domaine et nos bâtiments. De cette façon, ils peuvent ainsi développer de manière autonome un réseau personnel de personnes, de lieux où se rendre de leurs propres

initiatives et enfin profiter de nos espaces verts. Une telle liberté de circulation concerne au minimum 80 résidents, selon parfois des conditions particulières.

Cette liberté de mouvement est beaucoup plus difficile à appliquer dans nos nouvelles résidences en centre-ville. L'expression de cette liberté sera différente, car elle se déroulera dans un cadre moins sécurisé et plus vaste, celui de la ville.

2.1.3. La Vie Affective, Relationnelle et Sexuelle (VARs)

« L'accès à la sexualité étant un droit universel, si la personne en situation de handicap ne peut y accéder d'elle-même, nous nous devons de la soutenir dans ce sens, comme nous le faisons pour toutes les dimensions de sa vie » (C. AGHATE DISERENS, 13 mars 2006).

Notre philosophie autour de la sexualité tient en cette phrase. En 2019, un groupe de professionnels des différents services de la Cité de l'Espoir a édité un référentiel¹ de bonnes pratiques sur l'approche de la sexualité qui fait maintenant autorité dans notre institution.

De manière générale, nous envisageons la sexualité comme étant une liberté fondamentale pour autant qu'elle réponde à la notion de consentement, qu'elle ne soit pas incestueuse et n'implique pas de comportements à connotations sexuelles de la part de nos professionnels.

2.2. Le lien de qualité et l'approche relationnelle

La bientraitance passe par un lien social de qualité. Nous entendons par là, promouvoir une relation sincère entre les usagers et les professionnels de la Cité de l'Espoir. Nous avons tous besoin de contact humain qui ne soit uniquement professionnel, mais qui soit sincère, empathique et chaleureux.

2.2.1. La charte des valeurs

En 2014, la Cité de l'Espoir s'est dotée d'une charte des valeurs² qui comprend 5 valeurs primordiales autour desquelles nous souhaitons bâtir le socle des relations vis-à-vis des résidents, des proches et entre intervenants. Ces valeurs sont le Respect, l'Ouverture, l'Ecoute, la Cohérence et l'Éthique. Pour chacune d'entre elles, la charte détaille les attitudes attendues de la part des professionnels, envers les résidents, mais aussi envers leurs collègues. Il s'agit d'un outil de référence qui donne du sens à nos actions, sert de référence à l'évaluation des travailleurs et peut servir de base à la résolution de conflits.

¹ Cfr annexe 1 : référentiel Vie Affective, relationnelle et sexuelle (VARs)

² Cfr Annexe 2 : La Charte des Valeurs

2.2.2. La sécurisation

La sécurité est un des besoins fondamentaux pour qu'un être humain puisse avoir une vie épanouie. Ce préalable procure la confiance nécessaire aux usagers et leurs familles pour que nous puissions bâtir des **relations de qualité**. Nous travaillons cette sécurisation sur deux plans :

Sécurité physique :

L'aménagement des lieux de vie est réfléchi pour limiter le risque d'accident ou de chutes. Nous apportons une attention particulière à la qualité du matériel que nous utilisons, notamment pour la manutention. Nous souhaitons agrandir les espaces de vie pour offrir une diversité d'environnement selon les besoins de chacun.

Sécurité affective :

Lorsque nous accueillons un nouveau résident, nous veillons à ce qu'il garde autant que faire se peut des contacts avec sa famille et/ou son réseau social. Les liens créés avant l'entrée à la Cité de l'Espoir ne doivent pas disparaître, sous peine de vivre l'entrée chez nous comme un abandon.

Nous encourageons donc les visites, les retours en famille, les coups de téléphone, les appels vidéo, le courrier postal, ou tout autre moyen de maintenir le contact avec les proches.

2.2.3. L'approche de la contention

L'utilisation des moyens de contention fait l'objet d'une réflexion continue au sein de notre établissement. Il est question d'un équilibre entre protection/sécurité et liberté. Cette réflexion pose la question suivante : « A partir de quand, et jusqu'où, peut-on contraindre une personne à disposer librement de son corps et de sa **liberté** de mouvement ? Je te protège en te contraignant ? Je te laisse libre de prendre un risque ? »

Avant toute contention, il y a une approche pédagogique adaptée, la recherche d'un accompagnement humain qui désamorce les comportements inadéquats. C'est seulement lorsqu'elle devient insuffisante qu'un moyen de contention est mis en place afin de sécuriser les personnes des risques d'automutilation, des comportements défis ou des chutes qui mettent en péril leur intégrité physique ou celle de leurs camarades.

La mise en œuvre d'une contention passe par une procédure³ qui fait intervenir différents acteurs afin que son utilité soit non-seulement vérifiée et validée à plusieurs niveaux, mais corresponde aux différents prescrits légaux en la matière.

De cette manière, nous tentons de garantir à la personne qu'elle puisse toujours disposer, le plus librement possible de son corps et de ses mouvements.

³ Cfr annexe 3 : procédure contentions et isolement

2.2.4. La qualité des soins

Au regard des profils de handicap accueillis (polyhandicap, épilepsie, etc.) et de l'avancée en âge de nos résidents, la qualité des soins revêt un aspect essentiel dans l'accompagnement de nos usagers. La Cité de l'Espoir a toujours bénéficié d'une expertise médicale et paramédicale très importante en son sein. De plus, nous entretenons depuis de longues années des collaborations avec des partenaires extérieurs (bandagistes, médecins spécialistes, plate-forme de soins palliatifs, services hospitaliers, etc.). Depuis 2018, nous faisons appel à des professionnels aides-soignants et/ou infirmiers qui viennent en renfort de nos équipes éducatives afin de procurer des soins de qualité aux résidents qui en ont le plus besoin.

Cette organisation a permis de libérer du temps de travail aux infirmières de la Cité de l'Espoir. Ces dernières ont vu leur rôle transversal se renforcer dans notre organisation. Elles s'occupent du suivi des dossiers médicaux, de la préparation des traitements et des soins de nos résidents qui vivent dans les unités les moins médicalisées.

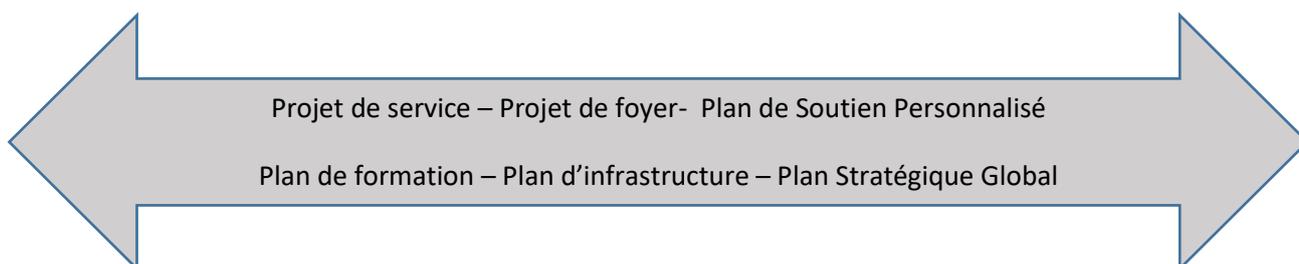
De la même manière, une collaboration avec des kinésithérapeutes indépendants s'est mise en place depuis 2019, en complément du travail de nos kinés salariés.

2.2.5. Un personnel épanoui

Une **relation de qualité** s'appuie sur l'épanouissement des professionnels. Pour ce faire, nous mettons l'accent sur la formation et le soutien des équipes. En moyenne, chaque travailleur suit 4 journées de formation chaque année dans des orientations diverses : pédagogique, médicale, technique ou créative. Par ailleurs, un processus interne d'évaluation du personnel permet de valoriser le travail de chacun, ou de réaliser une mise au point sur les attendus de l'institution par rapport au travailleur.

De plus, nous entendons appliquer une vision humaniste du management. Ce management est basé sur des valeurs humaines comme le respect, l'ouverture et la co-construction. Cette approche nous impose de consulter régulièrement nos travailleurs de terrain pour que les décisions stratégiques correspondent à leur réalité et ne soient pas complètement déconnectées de ce qu'ils vivent au quotidien. Ce document est le parfait exemple de l'application de ce management. En effet, son écriture a mobilisé des dizaines de professionnels de tous services qui ont été invités à donner leur avis.

Soutien au personnel dans ses actions



Une vision orientée vers la bienveillance nécessite de mettre en œuvre un ensemble de moyens qui guideront les professionnels dans leurs missions. Ces moyens s'alimentent les uns les autres à différents niveaux pour donner une cohérence entre tous les services de l'institution.

2.3. L'inclusion et la participation Sociale

2.3.1.1. L'inclusion

Nos usagers sont des citoyens et doivent être considérés comme tels. Nous voulons œuvrer à une inclusion pleine et entière de ceux-ci. Pour ce faire, nous avons une double approche. Nous allons vers l'extérieur en travaillant avec des partenaires locaux pour promouvoir les droits et l'accès de nos résidents aux services et loisirs qu'ils souhaitent (soins, services loisirs, animations, etc.) et nous invitons l'extérieur à venir participer à aux événements que nous organisons (kermesse, Halloween, la Cité roule, Marché de Noël, etc.). A travers ces démarches, nous essayons de faire évoluer positivement les représentations sur les personnes handicapées mais aussi sur la Cité de l'Espoir. Il s'agit clairement d'une démarche d'ouverture sur l'extérieur.

2.3.2. La valorisation des rôles sociaux

A travers nos pratiques, nous soutenons la valorisation des rôles sociaux (VRS), notamment à travers deux axes principaux :

- L'amélioration de l'image des personnes, à travers les termes utilisés et le langage employé auprès d'elles, l'attention portée à leur apparence personnelle, les activités proposées et les rythmes de vie ;
- Le développement des compétences des personnes, en considérant que celles-ci continuent à se développer tout au long de leur vie, quel que soit le degré de handicap.

De plus, chacun de nos bénéficiaires est invité à participer à la vie quotidienne de son lieu de vie ou d'un service (lingerie, économat) dans la mesure de ses moyens. En se rendant utile au collectif et à la communauté, il valorise l'image qu'il a de lui et influence le regard porté sur lui.

2.3.3. La normalisation des conditions de vie

En référence au concept de normalisation, nous essayons de proposer à nos résidents un contexte de vie le plus ordinaire possible sans nier les particularités de la personne. Concrètement, cette approche de la normalisation s'envisage autour de 5 priorités :

- un rythme de vie qui différencie les moments de la journée : le moment du réveil, la toilette, les repas, les temps libres, les temps d'activité ou de travail et les temps de repos ;

- des propositions de cadre de vie et d'activités correspondant aux grandes périodes de vie de la personne : enfant en développement, adolescents qui se découvrent, adultes et personnes vieillissantes ;
- la possibilité d'apprendre et l'accès à des activités récréatives ;
- la différenciation des lieux de vie, d'activités et de loisirs ;
- l'aménagement de sa chambre ou d'un espace spécifique, l'achat de vêtements personnels, la reconnaissance des possessions personnelles.

2.3.4. Les nouvelles résidences « inclusives »

Le projet des trois nouvelles résidences (Sablon, Palais, Château) témoigne tout particulièrement de notre volonté de faire participer nos résidents à la vie sociale. Ces nouvelles résidences offrent la possibilité à 36 personnes de vivre en milieu urbain ou semi-urbain, et de participer plus activement à la vie du quartier.

Un des avantages qu'offrent ces résidences est celui de permettre aux résidents d'accéder à des commerces, de rencontrer leur voisinage ou encore de participer à divers événements de quartier. De cette façon, nous favorisons l'intégration sociale et l'autonomie de nos résidents qui y vivent.

Ce raisonnement engage de gros efforts de notre part en termes d'ouverture, de sollicitation et de partenariat envers les services généralistes. Une telle démarche demande du temps, de l'énergie et des moyens et implique autant un accompagnement de la personne handicapée dans ses démarches, qu'une sensibilisation et une information de l'environnement proche de la personne.

3. La description de la population accueillie

Les services résidentiels adultes de la Cité de l'Espoir accueillent plus de 280 personnes handicapées adultes, réparties dans 22 lieux de vie différents. La répartition hommes/femmes est équilibrée, avec une légère prédominance masculine.

Tous nos résidents présentent une déficience intellectuelle modérée (2%), profonde ou sévère. A cette déficience intellectuelle, vient se « greffer » un handicap surajouté pour plus de la moitié de nos résidents. Ce handicap surajouté concerne des situations de handicap bien précises (polyhandicap et autisme). En effet, un tiers de nos résidents sont polyhandicapés, une trentaine d'entre eux bénéficient d'une alimentation entérale pour des raisons médicales. Cette option technique n'est prise qu'en dernier recours, pour des raisons de bien-être et de sécurité des résidents (troubles de la déglutition, sous-alimentation par voie orale, etc.).

Les personnes relevant du spectre de l'autisme représentent également une population importante, de presque 70 personnes au sein de nos services.

A ces trois grands types de situations de handicap (déficience intellectuelle, autisme, polyhandicap), viennent s'ajouter des pathologies ayant une grande importance dans les soutiens et soins que nous devons apporter aux personnes. Presque 60% de notre population présente un problème d'épilepsie stabilisé pour une grande majorité.

Un tiers de notre population est concernée par un problème d'hémiplégie ou de tétraplégie, ce qui rend particulièrement prégnantes les questions d'aménagement et d'accessibilité des lieux, d'adaptation des appareillages de levage et d'ergonomie du mobilier ainsi que la prévention dans les pratiques de manipulation physique et de manutention par le personnel éducatif et de soins. Ces statistiques ne rendent pas compte de toutes les situations individuelles de résidents éprouvant des difficultés au niveau de la marche et pour qui, un soutien thérapeutique (kiné, psychomotricité, ergothérapie) devient nécessaire.

Dans la population accueillie, nous sommes particulièrement confrontés à des troubles de comportement de toute nature : cris répétitifs de la personne, automutilations, comportements agressifs envers les autres, troubles alimentaires prononcés, etc. Au final, plus de la moitié de notre population a présenté au moins l'un de ces comportements durant ces dernières années et fait l'objet d'une attention ou d'un suivi particulier à ce sujet. Cette très haute prévalence des troubles du comportement nous amène à développer une politique transversale portant sur cette problématique (cfr infra – programme transversal Troubles du Comportement).

Les services résidentiels adultes sont particulièrement concernés par le phénomène de vieillissement de la population accueillie. La moyenne d'âge de nos résidents est de 48 ans et plus d'un tiers de nos résidents ont plus de 50 ans ! Cela implique nécessairement une stratégie d'accompagnement du vieillissement des personnes accueillies.

Enfin, nous mettrons également en évidence les difficultés éprouvées au niveau sensoriel par un nombre relativement important de nos résidents, qu'il s'agisse des troubles de la vue avec des intensités variables (aveugle, malvoyant, myopie, etc.), des troubles auditifs ou des particularités sensorielles.

4. Les programmes spécifiques et transversaux

Au-delà de nos principes communs d'accompagnement et d'accueil de nos résidents (partie missions, valeurs et références), nous prenons en compte la spécificité des profils des résidents. En effet, ceux-ci ont des besoins différenciés (besoins de structure, de nursing, d'approche sensorielle, soutiens à la communication, etc.) qui requièrent la mise en place de réponses spécifiques.

Nous avons défini **2 programmes spécifiques liés aux profils étiologiques des résidents** :

- Le programme POLYHANDICAP, qui concerne une centaine de nos résidents ;
- Le programme AUTISME qui concerne une septantaine de nos résidents.

Nous développons **2 programmes transversaux qui concerneront** potentiellement tous nos résidents au cours de leur vie :

- L'accompagnement du vieillissement des personnes ;
- La gestion des troubles du comportement.

Un dernier programme concerne **le développement d'une résidence/approche inclusive** pour une trentaine de personnes au sein de 3 nouvelles résidences.

Ces différents programmes ont une influence sur :

- les pratiques concrètes des professionnels, les finalités poursuivies, le choix des outils et des méthodes, les types d'activités proposées ;
- la composition des groupes de vie, l'organisation des journées des résidents ;
- le développement des infrastructures et l'aménagement des lieux de vie ;
- les plans de formation des professionnels amenés à travailler avec les personnes ;
- les relations avec les proches et les partenaires extérieurs.

4.1. Le programme-cadre polyhandicap

4.1.1. La définition du polyhandicap

Le polyhandicap associe une déficience intellectuelle sévère ou profonde et un déficit moteur grave et persistant entraînant généralement une mobilité réduite (pouvant aller jusqu'à un état grabataire) et une restriction importante de l'autonomie de la personne. Aux déficits neurologiques, intellectuels et moteurs, viennent très souvent s'ajouter des déficits sensoriels, mais aussi des troubles du comportement. Il est important de comprendre que le polyhandicap trouve son étiologie dans une lésion cérébrale majeure et qu'il n'est pas une simple addition de déficiences mais un enchevêtrement de celles-ci en interférant précocement dans le développement global de la personne.⁴

⁴ Wallopoly (2018). *L'ABC médical de la personne polyhandicapée*. AP³ Editions

4.1.2. L'accompagnement pluridisciplinaire de la personne polyhandicapée

L'évaluation des besoins d'une personne polyhandicapée nécessite une approche pluridisciplinaire (éducative, paramédicale, sociale, médicale) pour répondre constamment aux besoins de soutiens intenses et complexes.

4.1.3. La qualité de la relation dans les actes de la vie quotidienne

Nous considérons que l'observation est une source de données qui permet un accompagnement du résident mieux adapté à ses besoins physiologiques, affectifs, émotionnels et cognitifs.

Nous partons du principe qu'il est indispensable de donner des éléments de compréhension à la personne sur les évènements et le contexte dans lequel elle évolue.

Nous essayons d'être de manière permanente en contact et en relation avec elle. Pour exemple, l'éducateur veille à se positionner en vis-à-vis, à la hauteur du résident, l'informe de sa présence et des actes posés. Cette relation permet de ramener un rapport d'égal à égal avec la personne. Elle facilite le contact et sécurise la personne polyhandicapée face à des évènements ou des actions dont elle n'est pas à l'initiative.

Nous apportons une attention particulière au contexte et aux circonstances des activités de la vie quotidienne en procurant une ambiance chaleureuse et sereine au sein de l'unité de vie. Cette ambiance peut varier selon les personnes en présence et les moments de la journée.

Nous cherchons à nous adapter aux choix des résidents qui se manifestent principalement au travers des activités de la vie quotidienne : toilette, vestiaire, activité, repas, ... tout en tenant compte du rythme de chacun.

Considérant que la personne polyhandicapée est plus réceptrice qu'actrice, nous l'installons dans un endroit attractif de l'unité de vie afin de faciliter les échanges et lui permettre de ressentir les émotions, les ambiances et tout ce qui fait son quotidien.

Nous favorisons durant la journée des moments individuels qui peuvent prendre différentes formes (bain relax, promenades, câlins, jeux, ...).

4.1.4. Les soins corporels

Nous prodiguons des soins de nursing spécifiques chez la personne polyhandicapée qui requièrent une prise en soin pointue (soins de stomie, soins de peau, changement de position, prévention des escarres, dégagements des voies respiratoires, etc.) dans une approche relationnelle.

Nous considérons la toilette comme un moment privilégié qui induit le bon déroulement de la journée. Chaque matin le résident bénéficie d'un bain complet selon un nursing global par le même professionnel (éducateur ou infirmier). Une toilette rafraichissante est aussi proposée en fin de journée.

La relation créée à ces moments est essentielle en tenant compte des envies du résident et en stimulant son autonomie en regard de ses capacités. Le résident choisit sa tenue vestimentaire dans les limites de ses possibilités et l'accompagnant veille à son confort.

La présence de groupements infirmiers indépendants, participant aux toilettes du matin, doit permettre à l'équipe éducative de dégager du temps pour procurer des moments de bien-être (bain mousse, massage, coiffure, brushing, ...).

Objectif : à moyen terme, il vise un plus grand respect de l'intimité, notamment via une modification de l'infrastructure et une sensibilisation du personnel sur ce thème.

4.1.5. La nutrition

Nous voulons que les repas soient adaptés aux résidents, tant au niveau de la texture (mixée, semi-mixée, petits morceaux), que du goût, en tenant compte de leurs préférences, leurs convictions religieuses et du régime prescrit (sans lactose, enrichi, ...) en concertation avec la cuisine (service interne), la diététicienne, le staff médical et les équipes éducatives.

Nous soutenons l'autonomie des résidents et tentons de prévenir les risques de fausse-déglutition. Pour ce faire, nous collaborons avec l'équipe paramédicale (ergothérapeutes, logopèdes) qui propose différentes techniques et matériels adaptés pour aider le résident à manger au maximum seul (gamme spécialisée d'ustensiles de taille, de forme, et de textures différentes pouvant répondre au mieux à la sensibilité et aux besoins spécifiques).

Pour certains résidents, la prise de repas par voie orale devient compliquée ou dangereuse. Pour ces situations, une alimentation par voie entérale est indiquée sur base d'une analyse médicale de la situation, en tenant en compte de l'avis des proches, des professionnels de terrain et paramédicaux.

Régulièrement les équipes éducatives proposent des initiations aux saveurs ainsi que la découverte de plats différents dans le cadre d'ateliers culinaires.

Objectif : Constitution d'un groupe de travail « nutrition » afin de réfléchir à l'amélioration de la qualité des repas proposés tant au niveau de la texture, de la diversité que de la variété des aliments. La cuisine, actuellement en rénovation et l'équipement par du nouveau matériel doivent permettre de répondre adéquatement aux besoins nutritionnels des résidents.

4.1.6. La mobilité et la motricité

Nous travaillons à un développement et un maintien de la mobilité de la personne, à la fois dans des activités quotidiennes et dans des ateliers/activités adaptés. En parallèle, nous développons des suivis individuels par des professionnels paramédicaux (kinés, psychomotriciennes).

La personne polyhandicapée est le plus souvent positionnée dans un fauteuil roulant voire un corset-siège adapté à sa morphologie. Pour les transferts, nous utilisons des lève-personnes qui facilitent

considérablement le travail des aidants et sécurisent les déplacements du résident tout en préservant la qualité de la relation.

De même, nous développons une approche orthopédique en collaboration avec un médecin orthopédiste afin de prescrire des appareillages adéquats : des chaussures, des chaises roulantes, des tricycles, des tablettes, etc.

L'équipe éducative encourage la motricité globale et fine du résident à travers des activités quotidiennes (repas, toilette, habillage, petites tâches ménagères ...).

En fonction du projet de vie de la personne, l'encadrement paramédical en collaboration avec les équipes éducatives peut être assuré par :

- Les psychomotriciens qui privilégient la mobilisation active au travers des activités ludiques tant dans la prise en charge individuelle de la personne que dans les ateliers collectifs, en lien avec l'équipe éducative ;
- Les ergothérapeutes qui visent la rééducation (susciter de nouveaux automatismes) et la réadaptation (développer des mécanismes compensatoires) des différentes fonctionnalités ;
- Les kinésithérapeutes qui dispensent des soins permettant notamment de favoriser la mobilité, d'optimiser la ventilation des voies respiratoires des résidents ou encore de lutter contre la spasticité.

Objectif : Afin d'optimiser les prises en soin orthopédiques, les prochaines années verront la constitution d'un groupe de travail qui aura pour objectifs notamment d'évaluer l'efficacité du matériel et de renforcer la concertation entre les différents intervenants (médecin, éducateur référent, kiné, ...) au bénéfice du résident.

4.1.7. Les activités

Généralement, la personne polyhandicapée ne peut solliciter le monde extérieur par ses propres moyens. Il est donc indispensable de créer une dynamique et une ouverture vers le monde extérieur par la motivation et la diversité au sein des équipes.

Différents types d'activités sont proposés aux résidents par l'équipe éducative, par l'équipe d'éducateurs d'activités, par les professionnels paramédicaux, ou encore par des éducateurs coordinateurs d'ateliers (boulangerie, piscine, ...).

L'équipe éducative du foyer propose plusieurs types d'activités. Elle se concentre davantage sur des activités telles que : ludothèque, bricolage, musique, soins de beauté et aromathérapie, bowling, restaurant, excursion, camps, shopping...

L'équipe d'éducateurs d'activités assure des ateliers, mélangeant les groupes de vie, tels que : cinéma, zen, snoezelen, K-Lumet, piscine, promenades, jardin sensoriel, activités sportives, spécial olympique...

Les professionnels paramédicaux proposent des activités personnalisées (en collectif ou en individuel) telles que : danse folklorique, bol tibétain, pleine de vacances, kaléidoson, snoezelen, ludothèque... A travers ces

activités ils poursuivent des objectifs en lien avec le projet de vie de la personne (apprentissage, maintien des acquis, ...).

Les résidents profitent d'évènements annuels et récurrents tels que : la Saint-Valentin, la kermesse, Halloween, La Cité Roule, Saint-Nicolas, marché de Noël, ...

Ces activités sont complétées par des partenariats avec différents services, par exemple les biolles, le triduum de Lourdes, ...

Malgré la bonne volonté des professionnels, nous constatons un déficit d'activités pour les personnes polyhandicapées tant sur la fréquence que sur la diversité. Cela s'explique sans doute par la prédominance des besoins de soins et de nursing de nos résidents. Une autre raison porte sans doute sur la manière d'appréhender les activités au sein des foyers polyhandicapés. Pour l'instant, les activités sont trop envisagées sous l'angle des sorties en longue journée (9h-16h30) et pas suffisamment dans une programmation matin ou après-midi d'activités sur le domaine.

Cependant, nous gardons à l'esprit que tous les gestes du quotidien peuvent être vécus comme autant de possibilité d'activités et non comme des routines machinales.

Objectif :

- Notre objectif est d'optimiser la mise en place et la récurrence des activités, passant par l'adhésion des éducateurs avec le soutien et la supervision du chef de groupe. Pour ce faire, nous devons mettre au programme de chaque lieu de vie des plages horaires destinées aux activités. Celles-ci doivent tenir compte d'une présence éducative suffisante, de la planification des réservations des véhicules et des locaux d'activités.
- Aussi, nous visons la conscientisation des éducateurs afin d'ouvrir nos perspectives en cherchant des ressources à l'extérieur, en mettant en place des partenariats (bibliothèques, restaurant, ...).
- Nous avons la chance de bénéficier d'un grand domaine et d'une infrastructure adaptée pour mettre les sens en éveil de la plupart des résidents, mais ces possibilités sont sous-exploitées (piscine, snoezelen, ludothèque, espaces bien-être et massage, ...). Il est question d'investir davantage les outils à disposition au sein de l'institution. De même pour l'exploitation des formations dont bon nombre d'intervenants ont bénéficié.

4.1.8. La communication avec la personne polyhandicapée et l'observation des résidents

La plupart des résidents polyhandicapés communique de façon peu tangible et nécessite une interprétation. Ces personnes expriment leurs émotions et leurs besoins par le langage non-verbal (attitudes corporelles, comportements, cris, somatisation, ...) ce qui implique d'avoir de réelles compétences relationnelles, d'observation et d'analyse ainsi qu'une grande disponibilité. Cela passe d'ailleurs par le maintien d'une verbalisation des actes de la vie quotidienne même si le résident ne s'exprime pas verbalement. Nous utilisons différents canaux de communication et de soutiens (pictogrammes, tablettes, ...).

Nous sommes à la recherche de signaux d'expression du résident afin de comprendre ses besoins et intentions (faim, émotion, peur, besoin d'attention). Dès l'admission ou lors du transfert du résident, un dossier de base

est complété en collaboration avec ses proches pour faciliter son adaptation au sein de son nouveau milieu de vie.

Dans le cadre de cette communication nous devons accepter la perspective de progrès minimes et de régression. Aussi, nous devons prendre le temps d'échanger avec la personne et respecter les moments de latence parfois considérables et nécessaires pour qu'elle réagisse à une stimulation.

4.1.9. Les outils de communication entre professionnels

Afin de répondre le plus précisément possible aux besoins des résidents polyhandicapés, nous utilisons des outils de référence pour nous aider à structurer la communication entre les intervenants afin que les informations et les consignes transmises le concernant soient prises en compte (cfr point 8.2.3).

4.2. Le programme-cadre autisme

4.2.1. L'approche des personnes autistes au sein de nos services

Nous accueillons une septantaine de personnes autistes⁵, ayant des profils et des compétences très diversifiées. Pour un certain nombre d'entre elles, elles sont accueillies dans nos services depuis plusieurs décennies. Jusqu'au début des années 2000, nos services ne développaient pas une approche spécifique de l'autisme. Nous répondions aux besoins des résidents dans une démarche empirique et pratique, qui a ses limites mais aussi ses mérites.

De cet historique, il en résulte que les personnes autistes ne sont pas orientées dans des groupes de vie spécifiques mais dans des groupes de vie mixtes, accueillant d'autres profils de résidents ayant généralement des besoins similaires (structure, cadre, gestion des troubles du comportement, sensoriel, etc.). On peut identifier à minima 5 groupes de vie adultes où, soit les personnes autistes sont majoritaires, soit les principes de fonctionnement sont adaptés empiriquement aux personnes autistes.

Depuis 2009, avec l'évolution des connaissances sur l'autisme et le développement des approches adaptées, une campagne de formation et de sensibilisation de grande ampleur a été entreprise au sein de nos services. Ainsi, plus de 10 cycles de formation d'une quinzaine de personnes ont été entrepris, pour des catégories de professionnels variés (éducateurs, paramédicaux, psychologues, chefs de groupe, équipe de nuit), selon différentes modalités (formations transversales, formations par équipes, supervisions-conseils, formations spécialisées). L'approche développée est comportementaliste, telle que développée par le Service Universitaire Spécialisé dans l'Autisme (SUSA) et d'autres formateurs convaincus de cette approche.

Malgré cet effort de formation important, les équipes éducatives ne sont pas toutes formées à l'autisme. Ce défaut de formation s'explique à la fois par l'instabilité de certaines équipes (pour différentes raisons, ce qui met à mal la stratégie de formation par équipe) mais aussi par la réticence à une approche très structurée, perçue comme rigide. En effet, l'approche comportementaliste, couplée à un suivi plus intensif des aspects communicationnels, interrogent fortement les pratiques et les bousculent. De plus, ces approches ne peuvent

⁵ Toutes ne bénéficient pas d'un diagnostic en bonne et due forme, elles présentent cependant des « traits autistiques » bien marqués.

être appliquées telles quelles et ne peuvent être standardisées. En effet, chaque personne autiste réagit différemment à ces approches et stratégies d'apprentissage, il en résulte un travail d'adaptation individuel important. Enfin, nous devons également prendre en compte l'historique et l'âge de certains de nos résidents, qui ont dépassé la cinquantaine et se trouvent eux aussi bousculés par ces nouvelles approches.

Se pose dès lors pour la Cité de l'Espoir la question de la stratégie à adopter pour l'avenir. La stratégie développée ces 10 dernières années a été de développer une approche comportementaliste « soft », partant des groupes de vie tels que constitués. Cette stratégie est défendue par certains formateurs, arguant que l'approche TEACCH et les stratégies d'éducation structurées sont bénéfiques non seulement pour les personnes autistes mais également pour les autres catégories de personnes handicapées.

Une autre stratégie pourrait être de créer un ou deux projet(s) de lieu de vie spécialisé(s) pour les personnes autistes. Cela requerrait une recombinaison des groupes de vie, de nouvelles compositions d'équipes éducatives (sur base d'un engagement volontaire ou d'un recrutement spécifique), un aménagement du lieu de vie, la mise en place de modalités de coordination avec les paramédicaux plus intenses, etc. L'expérience développée avec plus d'intensité dans les lieux de vie SRJ, démontre également qu'une approche plus poussée nécessite une plus grande homogénéité des compétences et besoins des résidents d'un même groupe de vie.

Chacune des deux stratégies a ses avantages et ses inconvénients.

Objectifs :

- Travail de clarification de la stratégie prioritaire pour l'avenir (2021-2025) sur base d'exemples extérieurs d'autres services ;
- Susciter et développer des collaborations en interne et avec d'autres services accueillant des profils de personnes autistes similaires pour des échanges de bonnes pratiques ;
- Formation à l'approche comportementaliste et l'éducation structurée de tous les professionnels qui travaillent avec des personnes autistes + mise en place d'une formation continuée ;

4.2.2. Une évolution de notre perception de la personne autiste et de nos pratiques

L'objet de ce paragraphe n'est pas de présenter une définition exhaustive de la personne autiste. Nous renvoyons aux définitions connues et reconnues. Cependant, nous voulons mettre en évidence les particularités sensorielles de la personne autiste, qui ont un impact majeur sur son évolution dans un environnement donné. La personne autiste se définit par :

- des perturbations au niveau des interactions sociales et de la communication ;
- des comportements répétitifs et des intérêts restreints ;
- MAIS AUSSI PAR des perceptions sensorielles particulières, qui peuvent provoquer des réactions importantes de la personne (cris, détresse, agression, repli sur soi, etc.).

En effet, les fonctions cognitives et sensorielles de la personne autiste sont souvent touchées, faisant en sorte que le cerveau traite de manière inhabituelle les informations qui lui parviennent. On peut constater chez la

personne autiste des comportements très particuliers et inhabituels liés à l'environnement, qu'il soit humain (interactions sociales, refus du contact), temporel (manque de repères), sensoriel (recherche ou évitement de stimulations sensorielles, hyper ou hyposensibilité) ou matériel (l'attrait pour des détails).

Nous voulons prendre en compte cette dimension sensorielle dans le travail mené auprès des résidents en l'articulant avec une approche structurée.

Objectifs :

- Mise en place d'une stratégie d'accueil basée sur l'approche sensorielle en complément de l'approche comportementaliste (travail sur l'environnement, sur la proposition d'activités stimulantes au niveau sensoriel) ;
- Développer les compétences des équipes sur les approches sensorielles et utiliser les profils sensoriels pour les résidents autistes dans le cadre de leur projet de vie (rubrique sur les sens).

4.2.3. Les principes et moyens d'intervention

Les principes et moyens d'intervention proposés aux personnes autistes sont également intéressants pour les personnes avec une déficience intellectuelle importante. Les stratégies éducatives et communicationnelles, les aménagements des lieux de vie et des activités (...) mis en place pour les personnes autistes, seront également bénéfiques pour les autres profils de résidents.

4.2.3.1. Le soutien à l'autonomie

La base du travail avec une personne autiste, reste de développer au maximum son autonomie dans tous les aspects de la vie quotidienne. Le travail quotidien porte sur un soutien à l'autonomie dans des actes « simples » comme réaliser sa toilette, s'habiller, manger, etc. Les différentes stratégies structurées et sensorielles sont utilisées dans cette perspective. Pour ce faire, les équipes s'appuient sur les compétences des résidents et sur leurs préférences.

4.2.3.2. La structuration spatiale et temporelle

L'un des premiers principes de l'approche comportementaliste est de proposer un cadre spatio-temporel clair et structurant pour la personne autiste. Les principes de structuration de l'espace et du temps sont à envisager de manière simultanée, car ils se renforcent l'un l'autre.

En fonction des lieux de vie et des possibilités physiques, un travail sur l'aménagement et la structuration des espaces est mené. Nous essayons de définir différentes zones de vie, destinées à des fonctions différentes (manger, se reposer, faire sa toilette, faire une activité, etc.). L'objectif poursuivi est de donner aux personnes autistes des éléments de repères par l'aménagement de l'espace (je suis où pour faire quoi). La démultiplication des espaces n'étant pas toujours possible, nous utilisons également des supports visuels complémentaires pour changer la fonction d'un espace spécifique (exemple, un revêtement d'une table pour signaler que l'on n'est plus dans la fonction « repas » mais dans la fonction « activité »).

Pour certains lieux de vie, des espaces spécifiques ont été développés en complément des espaces de vie traditionnels : une pièce détente pour s'apaiser ou s'isoler du groupe, une zone de transition pour les emplois du temps, une pièce pour réaliser des apprentissages à table, etc.

Dans les pavillons, les chambres sont adjacentes au lieu de vie, ce qui permet aux résidents de répondre à leurs besoins (s'isoler un moment du groupe de vie, réaliser une activité seul, se reposer, etc.).

L'utilisation des espaces est relativement codifiée et organisée. Les places à table sont définies, en lien avec des mesures de sécurité pour les repas et les risques de fausses routes. Dans certains lieux de vie, certains résidents ont un espace préférentiel dans le lieu de vie, ce que nous contribuons à soutenir par différents moyens (achats de mobilier, aménagement d'un espace, respect du territoire des uns et des autres, etc.).

L'aménagement de l'espace comme l'adaptation du mobilier participent aussi à la gestion sensorielle (éviter ou diminuer le bruit, se mettre à l'écart). De même, proposer des moments où l'on réduit le nombre de résidents dans le groupe permet de diminuer la tension générale. Une attention au climat général, par exemple d'éteindre la lumière pour calmer le groupe, mettre une ambiance plus calme font partie des stratégies.

Objectifs :

- Poursuivre les aménagements raisonnables afin de rendre plus « fonctionnels » les espaces ;
- Personnaliser les espaces de nuit (chambres) en veillant à ne pas provoquer de sur-stimulation des résidents ;
- Proposer au résident un espace spécifique et individuel, si possible personnalisé (chambre, fauteuil, coin calme, objets particuliers) et faire respecter les territoires individuels ;
- Veiller au confort sensoriel des résidents dans les différents moments critiques de la journée (repas, soins, transitions) et respecter les besoins sensoriels.

4.2.3.3. L'aménagement des temps sociaux et des repères

L'approche comportementaliste implique une structuration des temps sociaux et des rythmes de vie, afin que la gestion du temps et des transitions soient moins sources d'anxiété, d'incompréhension et de frustration pour les résidents. D'un point de vue sensoriel, les temps de transition amènent des changements dans les stimulations sensorielles, que nos résidents doivent réguler.

De par le fonctionnement de nos services, des journées-types sont déjà établies dans les différents groupes de vie. Ces journées-types intègrent un certain nombre d'étapes mais aussi de routines entre deux moments d'activités bien distincts (lever, toilette, repas, activités, moment calme, mise au lit, etc.).

Dans certains lieux de vie, en fonction des capacités des résidents, des supports de structuration temporelle ont été mis en place :

- Emploi du temps individuel ou collectif ;
- Emploi du temps par demi-journée, journée ou semaine ;
- Utilisation d'emploi du temps avec objets, photos ou pictos.

La mise en place de ces outils se fait toujours sur base d'une évaluation des compétences de la personne par les ergothérapeutes et les logopèdes. Les emplois du temps sont à chaque fois individualisés en fonction des résidents, en fonction de leurs compétences, de leurs capacités visuelles et de leur niveau de compréhension des supports visuels.

La gestion du temps peut également être structurée par les déplacements dans les différentes pièces et les objets associés (chariot de repas, de linge, manteaux, etc.) qui renseignent sur le changement « d'activités ».

Nous essayons de combiner au maximum le rythme individuel du résident avec les impératifs collectifs (temps de repas, etc.). Par exemple, certains résidents ayant besoin de davantage de sommeil iront dormir plus tôt ou se lèveront un peu plus tard. De la même manière, toutes les activités du quotidien sont faites avec la participation et la mobilisation des résidents, que ce soit la réalisation des toilettes, aller chercher le chariot de repas à la cuisine, ranger le lieu de vie, etc. Réaliser ces activités prend plus de temps quand nous essayons de rendre nos résidents acteurs de leur propre vie et de valoriser toutes leurs compétences.

Il en résulte des temps de latence pour les autres résidents qui doivent être pris en compte. Il faut travailler des apprentissages avec les résidents autistes afin qu'ils puissent profiter d'une activité individuelle qu'ils sauront réaliser seuls (jeux de table, consultations de magazines, musique, etc.). Le travail d'identification des hobbies et des centres d'intérêt est essentiel pour soutenir ces comportements positifs. Le projet est de leur proposer des temps d'activités structurés, dans des moments déterminés, avec des activités qu'ils apprécient (individuellement).

De même, une utilisation des TIME-TIMER se développe progressivement, poursuivant différents objectifs comme la concentration sur une tâche, la gestion d'un temps d'attente, etc. Parfois, cela peut être une montre, une horloge adaptée (jour et nuit).

Dans une démarche de prise en compte des aspects sensoriels, nous pouvons aider nos résidents à gérer les moments de transition de plusieurs manières ;

- Utiliser des accessoires sensoriels pour que la personne se protège des stimulations (casque anti-bruit, lunettes de soleil, etc.) ;
- Lui proposer des objets sensoriels pour que la personne se régule ;
- Utiliser une minuterie visuelle pour l'aider à anticiper le changement/la transition ;
- Apporter à la personne dix à quinze minutes d'apports vestibulaires et proprioceptifs calmants avant d'aborder la transition ;
- Proposer une tâche ou une activité physiquement exigeante pour permettre au résident de s'autoréguler ;

Objectifs :

- Tendre vers une meilleure structuration temporelle pour tous les groupes de vie, prenant en compte les besoins individuels des résidents ;
- Proposer des activités structurées sur base des intérêts des résidents pour leur permettre de mieux gérer les temps de latence.

4.2.3.4. L'approche relationnelle et communicationnelle

Les personnes autistes sont connues pour leurs interactions sociales souvent inadaptées. Un travail sur l'approche relationnelle est entrepris au cas par cas pour permettre une socialisation de la personne en tenant compte de ses singularités. En fonction des personnes, cette approche relationnelle prendra des formes diverses et variées, où l'on respecte les limites de la personne autiste.

De par leurs particularités sensorielles, les résidents adoptent des comportements spécifiques qu'il faut décoder. Notre travail commence par une observation et une identification des raisons qui les poussent à se comporter de cette manière. Ces raisons seront toujours individuelles et ne peuvent se limiter à des « il est capricieux, il est têtu, il le fait pour m'énerver ». Il faut éviter de leur prêter des intentions négatives et de ne pas « juger » leurs comportements à l'aune de nos interprétations personnelles.

Dans leur quotidien, les personnes autistes fréquentent différentes sphères de relations : les éducateurs du lieu de vie, les professionnels qui s'occupent régulièrement d'eux (paramédicaux, éducateurs d'activités, médecins, psychologues, professionnels de nuit) mais aussi les professionnels de la Cité de l'Espoir qu'ils côtoient plus ou moins régulièrement. Le soutien de la sphère familiale est important, les visites ou les retours en famille sont des repères temporels forts, qui nécessitent souvent de mettre en place des supports visuels ou des stratégies pour gérer l'attente et/ou l'émotion.

Nous constatons la création de liens intimes forts avec certains professionnels de référence. Le travail sur la création d'une relation de confiance doit être mené (à travers certaines activités, de certains apprentissages, de certains temps de partage) sans qu'elle ne devienne fusionnelle. Pour ce faire, il est nécessaire de veiller à une généralisation (personne, lieu, temps, activité), par un travail d'équipe concerté afin de ne pas créer d'exclusives (n'accepter que certaines choses avec un tel éducateur). C'est ce travail de généralisation qui est difficile pour la personne autiste et auquel nous devons rester attentifs afin que cette relation de confiance se généralise à l'équipe.

Concernant la communication

Les personnes autistes ont souvent une communication peu adaptée. Elle peut se réaliser par exemple à travers des gestes ou des attitudes simples (prendre la main, pointer, crier, se frapper, etc.) mais qui ne sont pas toujours compréhensibles. Avec le temps, les équipes décodent plus facilement ces communications particulières et cherchent à les remplacer par des moyens de communication plus fonctionnels. Ces moyens sont diversifiés, parfois très simples, parfois très évolués car ils sont liés aux compétences de la personne.

Parmi les moyens mis en œuvre, on peut développer des outils de communication comme les pictogrammes, une farde PECS⁶, une tablette de communication, etc. Les finalités de ces outils sont multiples : permettre une plus grande autonomie et expression de ses envies, de ses besoins, de faire des choix, de refuser ou d'attirer l'attention d'un intervenant. Cela permet d'avoir des attitudes et des agissements plus adaptés dans le contexte collectif et dans la vie en société. Elle permet aussi à des personnes plus discrètes de s'épanouir et de se révéler. Pour la majorité des résidents, nous proposons une gestion de la communication par des objets, renvoyant à une réalité très concrète.

Il est parfois difficile d'appréhender le sens d'une démarche PECS alors que l'on pense comprendre le résident sans ce support et que la personne formule souvent les 3 ou 4 mêmes demandes. La question se pose de savoir comment cette personne pourra se faire comprendre en dehors de son groupe de vie et de son équipe éducative et de ses parents. C'est dans cette optique que l'on travaille à un support adapté.

L'approche communicationnelle prend aussi en compte les aspects sensoriels et cognitifs des résidents. Cela se traduira concrètement dans la manière de s'adresser à la personne, en parlant sur un ton plus mesuré, ne pas parler trop fort, de faire des phrases courtes, laisser un temps de latence, etc...

Objectifs :

- Mise en place du support de communication adapté au résident, soutien des nouveaux résidents qui entrent avec un support de communication ;
- Réexpliquer le principe de fonctionnement de la méthode PECS pour les équipes ayant des résidents fonctionnant avec une farde PECS sur base d'un support didactique et d'une analyse des situations individuelles ;
- L'utilisation de l'approche snoezelen dans l'approche relationnelle du résident par les équipes éducatives ;

4.2.3.5. La proposition d'activités et d'apprentissages

Plusieurs types d'activités sont proposées à nos résidents autistes, soit au sein du lieu de vie, soit en dehors de celui-ci. Ces différentes activités peuvent poursuivre différentes finalités, qui peuvent être complémentaires. De manière générale, les activités seront proposées au résident à partir de ses préférences et de ses portes sensorielles prioritaires.

Nous incluons les résidents dans une série d'activités de la vie quotidienne du lieu de vie (chercher un chariot de linge ou de repas, ranger le lieu de vie, etc.). Ces activités sont généralement encadrées par un membre de l'équipe éducative, même si certaines tâches peuvent être réalisées par le résident seul. Ces activités sont soit attribuées aux résidents de manière individuelle ou font l'objet d'un partage entre plusieurs résidents. Ces petites activités et tâches participent d'une valorisation des compétences, participent d'une structuration du temps et de la gestion des transitions, d'un développement de repères et d'étapes.

⁶ PECS : Picture Exchange Communication System, est un système de communication alternatif reposant sur un échange entre une image et une action souhaitée. Le PECS se compose de 6 étapes, qui en fonction des capacités de la personne, peut permettre d'arriver à un échange communicationnel très évolué.

Nous proposons des « boîtes de travail » qui poursuivent deux finalités. La première sera le développement d'activités structurées que les résidents, moyennant un apprentissage, réaliseront seuls (jeux d'encastrement, d'assemblage, etc.). La deuxième finalité consiste en un travail d'apprentissages utiles dans la vie au quotidien du résident, souvent pour soutenir son autonomie et sa socialisation.

Nous proposons aussi une série d'activités qui stimulent les sens des résidents (snoezelen, musique, massage, piscine, etc.) en lien avec le développement de notre approche sensorielle. La mise à disposition des quatre espaces snoezelen est une opportunité que nous souhaitons mobiliser au maximum, dans une approche individuelle comme collective.

Pour soutenir l'autonomie des résidents dans certaines tâches ou activités, nous pouvons mettre en place des supports d'analyse de tâches (comment s'habiller), qui séquence les différentes étapes d'une tâche ou d'un apprentissage.

Il est important de réévaluer et réadapter les activités proposées aux résidents de manière régulière afin d'éviter des phénomènes de lassitude pour les professionnels comme pour les personnes autistes.

Objectifs :

- Identifier pour chaque résident autiste ses compétences et son profil sensoriel sur base des observations pour lui proposer des activités adaptées ;
- Proposer des supports sensitifs ou des activités spécifiques, afin qu'ils puissent s'occuper seuls et s'autoréguler ;
- Développer les activités qui stimulent les sens, notamment via le nouveau snoezelen, les espaces zen, la piscine, le jardin sensoriel, etc. ;
- Promouvoir des installations de modules sensoriels à proximité dans les lieux de vie (pièce, jardin) ;
- Programmer des formations snoezelen pour personnes autistes, en suivi individuel et collectif.

4.2.3.6. Une approche individuelle dans un cadre collectif

L'accueil de personne autiste nécessite une observation individuelle très fine de chaque résident. Les personnes autistes étant très influencées par les changements dans leur environnement, l'entrée d'une nouvelle personne au sein d'un lieu de vie peut remettre en questions les acquis pédagogiques du groupe de vie. Rien n'est jamais acquis avec une personne autiste. Il est donc important de remettre très vite les balises et le cadre développé pour canaliser tout le monde. Ce cadre est important pour sécuriser les résidents lors de changement, pour pouvoir les rassurer quant aux repères qui les aident à se réguler.

Ce cadre n'est pas pour autant rigide, les supports visuels et temporels seront importants pour conserver une souplesse et une adaptabilité des personnes.

Nous prenons également en compte les relations et les apprentissages réciproques entre les résidents, qui apprennent à respecter leurs territoires, créent des connivences ou des interactions en cascade.

L'accueil d'un nouveau résident dans un collectif ne consiste pas simplement dans une insertion mais à lui donner une place « bien à lui » au sein du groupe de vie. Ce principe se traduit concrètement par une exigence : si un résident autiste est accueilli dans un groupe de vie, qu'il a bénéficié de stratégies spécifiques d'apprentissages tant au niveau de la structuration temporelle, de la communication, des activités proposées, des apports sensoriels, il y a une obligation de poursuivre le travail mené et de lui apporter les soutiens nécessaires ! La mise en place de ces stratégies individualisées est une obligation. Dans le cas contraire, une refonte des groupes de vie et des équipes serait nécessaire afin de répondre aux besoins des nouveaux résidents autistes accueillis.

4.2.3.7. Un travail pluridisciplinaire

Les différents aspects de l'accompagnement de la personne autiste requièrent de partir d'un bilan des compétences de la personne ainsi que d'établir son profil sensoriel. Ces bilans sont réalisés à la fois par les équipes éducatives dans le cadre de leurs observations quotidiennes mais aussi dans le cadre de bilans disciplinaires (logopédie, ergothérapie, psychologie, psychomotricité, kinésithérapie). Sur base de ces bilans, il est possible d'établir un plan de soutiens, modulable en fonction des besoins de la personne.

Un tel bilan peut déboucher sur des prises en charge collectives ou individuelles au niveau paramédical ou psychologique, afin de travailler certains apprentissages ou soutiens qui seront repris par les équipes éducatives (emploi du temps, organisateur, travail structuré, activités sensorielles, etc.).

L'articulation entre les différents professionnels nécessite la mise en place de modalités de coordination et de communication réciproques (bilans formalisés, comptes rendus, réunion d'échanges, etc.).

Objectif :

- Développer des outils de communication et de partage entre équipes éducatives et équipes paramédicales spécifiques par rapport à l'autisme ;
- Tester les résidents et notamment les nouveaux entrants afin de mettre en place les outils adéquats nécessaires (profil sensoriel, testing des compétences, etc.) ;

4.3. Le programme transversal « aînés »

4.3.1. Un accompagnement au long cours

La Cité de l'Espoir a une histoire de plus d'un demi-siècle. Les enfants accueillis dans les années 60 et 70 ont grandi, sont devenus des adultes et désormais un grand nombre d'entre eux entrent dans l'âge de raison. La moyenne d'âge actuelle de nos résidents est 48 ans et nous accueillons une centaine de résidents ayant plus de 50 ans au sein de nos services. En ce mois de juin 2021, notre doyenne a 80 ans.

Comme dans la population générale, les personnes déficientes intellectuelles ont vu leur espérance de vie s'accroître considérablement depuis les années 1950. Cela s'explique par la qualité de la prévention (suivi

médical, hygiène de vie, observations,...), l'augmentation des prises en charge adaptées ainsi que la stimulation des personnes par l'environnement et les relations sociales⁷.

A partir de 45 ans, il est scientifiquement reconnu que les personnes handicapées peuvent connaître des signes de vieillissement importants et plus précoces que dans la population ordinaire⁸. Ce phénomène sera d'autant plus important que le handicap sera sévère. Cependant, nous restons prudents quant à nos interprétations car face à certaines difficultés rencontrées par la personne, il peut être difficile de savoir ce qui relève du vieillissement ou du handicap. De même, le vieillissement ne doit pas être envisagé uniquement sous un angle négatif : on constate régulièrement une atténuation de certains troubles du comportement, des variations d'humeur, etc.

Nous gardons à l'esprit que le processus de vieillissement reste un processus naturel, individuel, qui dépend d'une multitude de facteurs (biologiques, génétiques, psychologiques, cognitifs, sociaux). Dans notre accompagnement de nos aînés, nous mobilisons l'expertise et les conseils de deux personnes de référence à travers des formations et des supervisions. Il s'agit de Monsieur Stéphane Adam (ULG, psychologie de la Sénescence) et d'Anne Bindels (formatrice).

Nous n'avons pas créé des groupes de vie « aînés ». Cette décision fait suite à un travail de réflexion entrepris avec Stéphane Adam et développé lors de la journée pédagogique de 2017 sur l'accompagnement du vieillissement. Nous avons conclu ces travaux en affirmant la volonté de continuer à avoir des groupes de vie multigénérationnels, d'éviter les phénomènes de ghettoïsation qui stigmatisent les groupes. De plus créer des groupes aînés, imposerait de recomposer régulièrement les groupes de vie en fonction des départs et des décès, ce qui aurait pour effet négatif de déstabiliser les résidents. Cette stratégie a pour autant ses limites. D'abord, nous avons des groupes de vie qui sont restés relativement stables et qui ont évolué ensemble, devenant de facto des groupes de vie « aîné » où la moyenne d'âge est bien au-dessus de 50 ans. Ensuite, l'accueil de nouveaux résidents au sein d'un de ces groupes plus âgés peut parfois s'accompagner de difficultés, car les besoins d'une personne d'une vingtaine ou d'une trentaine d'années ne sont pas toujours les mêmes (énergie, rythme, demande d'activités, centre d'intérêts, etc.). L'analyse du profil du nouvel entrant est alors importante pour définir si au-delà de l'âge biologique, les besoins du résident peuvent être compatibles avec ceux du reste du groupe de vie.

4.3.2. Nos principes et moyens d'intervention

L'avancée en âge entraîne des modifications progressives positives et négatives sur les plans physiologique, cognitif, comportemental et émotionnel. Les envies et besoins peuvent également changer.

Cela amène des changements dans les différentes habitudes de vie de la personne et cela peut affecter son quotidien de manière importante ou uniquement certains domaines.

La personne peut alors trouver et développer elle-même des stratégies adéquates d'adaptation face aux changements qu'elle vit. Néanmoins, quand cela n'est pas le cas, nous veillons à répondre au mieux aux besoins de la personne aînée en lui apportant les soutiens nécessaires pour :

⁷ BREITENBACH N., *Plus longtemps que prévu*, in Revue francophone de la déficience intellectuelle, vol.11, n°1, 2000, pp.85-92.

⁸ VANOVERMEIR S., *Le vieillissement en établissement pour adultes handicapés*, in Gérontologie et société, n°110, vol. 3, 2004, pp. 209 à 228.

- Maintenir un état de santé le plus correct possible et éviter les douleurs ;
- Assurer son intégrité et sa sécurité physique, psychologique et sociale ;
- Garantir qu'elle continue à poser des choix et à prendre des décisions (sur les aspects importants de sa vie) ;
- Tenter au mieux de respecter son intimité, même dans la situation de dépendance ;
- Conserver un rôle social actif et valorisé au sein de la communauté ;
- Se réaliser à travers des activités intellectuelles, physiques et de loisirs adaptées et individualisées ;
- Faciliter ses relations sociales, conserver ses liens familiaux, sociaux et communautaires.

Ces différents points permettent de guider nos interventions en s'appuyant sur une vision positive de la personne, en prônant au maximum une bonne qualité de vie et un accompagnement individualisé.

4.3.2.1. Le respect

Le respect est un sentiment de considération envers quelqu'un et une valeur de référence de notre établissement. Cette approche respectueuse s'incarne dans les principes qui guident nos interventions :

→ Une vision positive

Nous mettons un point d'honneur à promouvoir une vision positive du vieillissement dans notre accompagnement quotidien de la personne âgée. Contrairement aux idées reçues, nous constatons que la plupart des personnes ont un vieillissement réussi et sont satisfaites de leur évolution de vie. Ainsi, nous encourageons la personne âgée à utiliser ses compétences et la soutenons positivement dans ses projets de vie.

→ Une bonne qualité de vie

L'objectif premier est de maintenir une bonne qualité de vie chez la personne âgée. Cette qualité de vie dépend de critères propres à chaque personne, ses attentes et ses besoins évoluant au fil du temps.

Pour cela, nous viserons prioritairement :

- Le maintien du confort et du bien-être physique de la personne âgée via notamment du matériel adapté pour les personnes vieillissantes (fauteuil, matelas anti-escarre, chaise roulante etc.).
- Le maintien (le plus longtemps possible) de son autonomie acquise antérieurement, avec si nécessaire l'aménagement du milieu et/ou de l'activité quotidienne ;
- Le maintien de son bien-être émotionnel, relationnel et social ;
- Son adaptation aux divers changements qu'elle vit corporellement (via du matériel adéquat, un soutien psychologique...) ;
- Son accompagnement dans ses problématiques de douleurs et si besoin, sur le chemin de sa fin de vie.

→ Un accompagnement individualisé :

Si nous partons du constat que plus on avance en âge, plus on se différencie les uns des autres de par nos expériences, nos préférences, nos choix, nos croyances, notre rythme de vie... l'accompagnement de toute personne âgée nécessite une individualisation accrue.

Ainsi, l'individualisation de la prise en soin se fait à différents niveaux et notamment, en respectant au maximum les besoins de la personne âgée. Dans la grande majorité des cas, le processus de vieillissement

amène un ralentissement du rythme de celle-ci dans son quotidien : l'heure du levé se modifie, la personne met plus de temps pour manger, pour s'habiller, pour se déplacer, etc. Nous accordons alors une attention particulière à ces changements afin de préserver au maximum son autonomie.

Par ailleurs, l'individualisation de l'accompagnement passe aussi par l'histoire de vie de la personne âgée. Au fil du temps, elle s'est constituée toute une série de souvenirs qui peuvent être ravivés par de simples choses comme des photos, des chansons, des films, des cartes postales, etc. Selon l'intérêt de la personne pour ses souvenirs, nous accordons une attention particulière pour que ces objets soient préservés et proposés à la personne.

→ Des activités adaptées :

Dans la pratique, lorsque les premiers signes de vieillissement apparaissent (ralentissement, fatigue, moins d'intérêts pour telle activité...), nous sommes souvent confrontés aux questions suivantes : « Faut-il maintenir l'activité, l'adapter ou la supprimer ? » « Quel effort faut-il demander à la personne âgée et jusqu'où aller ? ». En fait, les théories de l'adaptation nous montrent que la majorité des personnes âgées s'adaptent bien aux changements auxquels elles sont soumises suite au processus de vieillissement : de façon naturelle, elles sélectionnent les situations ou les activités qu'elles réussissent le mieux et ainsi optimisent leurs capacités et compensent leurs pertes.

Ainsi, les questions que nous nous posons avec la personne âgée sont : « Quelle est son histoire, son parcours, ses préférences ? Que réalise-t-elle encore avec plaisir ? Quelles sont ses compétences et comment l'aider à se valoriser ? ».

Pour y parvenir, nous veillons aux lignes de conduites suivantes :

- Des activités qui ont du sens (comme partager un moment de détente autour d'un album photo)
- Des activités qui s'adaptent à la personne et non l'inverse (au niveau de la durée, de l'endroit, de l'ambiance, du matériel, etc.).
- La qualité et non la quantité d'activités.

4.3.2.2. L'inclusion

L'inclusion dans le processus de vieillissement concerne surtout le maintien dans le milieu de vie au fur et à mesure du temps et des évolutions de la personne âgée

La philosophie de la Cité de l'Espoir est donc de mettre en place les soutiens nécessaires pour que la personne puisse continuer à vivre dans son milieu de vie et être intégrée dans le groupe le plus longtemps possible voir jusqu'à son décès. Pour ce faire, le milieu de vie accueillant une voire plusieurs personnes âgées nécessite donc des adaptations concernant l'accessibilité (aménagement pour les personnes en perte de mobilité, douche italienne, etc.) et le matériel utilisable (lève-personne, lit réglable en hauteur, etc.) mais aussi la prise en considération des styles de vie et des rythmes de chacun (besoins de temps de pause, de levés/couchés décalés, du choix des heures d'activités, etc.).

Néanmoins, en fonction de chaque situation, d'autres solutions peuvent être apportées. En effet, en vieillissant, il est possible que la personne se retrouve en décalage par rapport au groupe dans lequel elle se trouve. Ses centres d'intérêt peuvent ne plus correspondre à ceux de ses pairs, sa mobilité peut diminuer au point de ne

plus pouvoir participer aux mêmes activités. Nous nous demandons alors si un autre groupe de vie ne serait pas mieux adapté à ses besoins. En cas de transfert vers un autre lieu de vie, nous portons une attention toute particulière au choix de l'endroit et à une intégration réussie de la personne âgée. Nous mettons en place une transmission des informations nécessaires pour répondre à ses besoins spécifiques et une préparation de son arrivée en lui expliquant les raisons du changement, ce qu'il va se passer, en assurant la transition, via le choix du moment de l'accueil, l'installation du matériel adéquat, etc.

4.3.2.3. L'autonomie

L'autonomie peut être définie de deux manières différentes : une qui concerne surtout la capacité à réaliser les gestes du quotidien sans aide (autonomie fonctionnelle) et l'autre qui est directement liée à l'autodétermination, à la capacité de choix. Dans ce concept d'autonomie, nous nous focaliserons donc principalement sur la première définition et la seconde sera abordée dans l'autodétermination.

La qualité de vie de la personne âgée passe par le maintien de son autonomie dans sa vie quotidienne. Continuer à réaliser par soi-même quelques gestes du quotidien, même s'ils sont minimes, permet de maintenir ses capacités et d'éviter le déclin de celles-ci. Cela donne aussi à la personne une image positive d'elle-même et une sensation de liberté. Pour pouvoir repérer les besoins de soutiens et encourager l'autonomie de la personne âgée, des moyens plus spécifiques à cette population sont utilisés :

- La réflexion sur le projet de vie de la personne âgée et la mise en place d'un plan de soutiens personnalisés réalisés en équipe pluridisciplinaire avec le résident et sa famille. Le respect de son rythme, de ses préférences et le maintien le plus longtemps possible de son autonomie sont les priorités. Le vieillissement de la personne survenant, la tentation est parfois grande de la solliciter moins, de l'installer dans un rythme monotone, etc. Il est bien sûr question de faire de la prévention, mais une prévention *adaptée* à la personne, en fonction de ses besoins, au fil du temps. Il ne faut surtout pas devancer les pertes d'autonomie, mais au contraire valoriser le plus longtemps possible les capacités de la personne en amenant un soutien uniquement au moment où cela est nécessaire. Il est important de se rappeler qu'avec l'âge, une personne peut voir ses aptitudes fluctuer d'un jour à l'autre en fonction de son état de santé physique et/ou mental (par exemple : continuer à prendre les escaliers les jours où la personne est bien, plutôt que de prendre l'ascenseur à chaque fois).
- L'utilisation d'outils adaptés pour l'observation et le suivi. Il faut garder à l'esprit que les meilleurs outils d'évaluation du vieillissement d'une personne sont ceux qui comparent la personne à elle-même sur une période déterminée pour voir son évolution personnelle. Il est donc nécessaire de faire régulièrement un bilan de ses habitudes de vie pour pouvoir actualiser les besoins en soutien dès que cela s'avère utile. Ces bilans peuvent objectiver une éventuelle perte d'autonomie de la personne. Il convient alors de s'adapter. Par ailleurs, un accompagnement psychologique peut être mis en place si une personne âgée vit mal son vieillissement et ses pertes de capacités. Parfois, il peut aussi y avoir un travail de lâcher prise à réaliser de la part des professionnels. Des discussions en équipe avec le chef de groupe et la psychologue permettent d'objectiver une perte des capacités de la personne, de s'interroger sur les alternatives possibles et sur comment l'accompagner au mieux dans sa perte d'autonomie.

- Une équipe pluridisciplinaire formée et informée connaissant bien la personne âgée et ses spécificités afin de garantir un accompagnement quotidien de qualité.

4.3.2.4. L'autodétermination

L'autodétermination renvoie à la capacité de faire des choix, de décider en fonction de ses envies et de ses besoins.

Nos personnes âgées peuvent se montrer plus discrètes dans l'expression de leurs besoins et de leurs envies. Dès lors, nous devons amplifier les observations au quotidien et davantage traduire leurs besoins, choix et envies. L'analyse est donc plus fine. Il s'agit d'observer ce que la personne communique de manière non-verbale pour voir ce qu'elle pourrait penser et souhaiter. La capacité de décider, de faire ses propres choix restent tout de même en lien avec la vie en groupe. Il n'est donc pas toujours possible de répondre à chaque besoin et choix du résident mais l'approche individuelle et l'autodétermination de chaque personne âgée restent des principes de base.

4.3.2.5. La communication

En vieillissant, la personne âgée peut avoir une communication modifiée. Cela demande alors une adaptation de la part des intervenants et des réflexions d'une nouvelle manière ou d'une manière plus adéquate d'échanger avec la personne. Les prérequis pour entamer une communication avec une personne âgée seraient les suivants :

- Connecter la relation en captant l'attention de la personne
- S'exprimer avec un langage adapté à ses capacités (à son niveau de vocabulaire, d'audition, de compréhension...)
- Si interagir via le langage est compliqué, trouver un système de communication alternatif personnalisé et l'adapter en fonction de la personne, de son évolution et du moment
- Favoriser au maximum un moment plus calme quand nous communiquons (éviter les bruits parasites...)
- Avoir chacun une démarche volontaire d'écoute de l'autre

4.3.2.6. Le travail sur la solidarité du réseau social

Avec l'avancée en âge, la personne âgée va connaître une modification dans ses relations sociales. Elle n'est généralement pas confrontée uniquement à son propre vieillissement, mais également à celui de son entourage. Par la force des choses, le rythme des visites des proches et/ou des retours peut ralentir amenant le risque pour la personne âgée de voir son réseau social diminuer petit à petit. Afin de contrer ces effets du temps, nous mettons à disposition des outils de communication modernes : nous permettons ainsi aux résidents de communiquer avec leurs proches via divers canaux (tels que le téléphone, une application comme Skype ou Teams). Ainsi, nous préservons au maximum les contacts de la personne âgée avec ses connaissances extérieures en lui offrant des moyens de communications modernes et variés.

Par ailleurs, il peut arriver que la personne âgée soit confrontée au décès d'un proche. De manière spontanée, un soutien de la part de l'équipe éducative est alors mis en place mais nous proposons aussi un accompagnement psychologique individuel et/ou en groupe (en fonction des besoins) pour aider la ou les personnes à surmonter ce deuil. Nous proposons également à certains moments de l'année des instants de recueils pour les proches disparus. Cela permet à la personne âgée de pouvoir en parler et/ou de rendre hommage à sa façon aux êtres chers qu'elle a perdus.

Il est donc important d'accompagner la personne âgée dans ces événements de vie en la préparant ou en lui expliquant ce qu'il se passe, en répondant à ses questions et en la soutenant dans les moments difficiles. Pour cela, les moyens utilisés doivent être adaptés à la compréhension de la personne (utilisation d'images ou de photos, pot de départ à la retraite, participation à une cérémonie, déposer des fleurs au cimetière, etc.). Nous apportons aussi du soutien et du réconfort en proposant de focaliser plutôt son attention sur du positif. Cela pourrait lui permettre de vivre son deuil de manière différente, tout cela sans nier sa peine.

D'autre part, sa manière d'être en relation à autrui peut également être différente (préférence pour les rencontres en plus petit groupe, recherche du contact en individuel, nostalgie du passé,). La façon d'aborder la personne âgée, les types d'activités et l'ambiance proposés doivent donc tenir compte de ces préférences.

4.3.2.7. Le confort et la sécurité

Plus la personne âgée vieillit, plus l'accent sera mis sur son confort, sur le respect de son bien-être, sur l'évitement de douleurs (notamment liées à l'âge) et sur sa propre sécurité.

Cela passe par une démarche d'évaluation pédagogique et médicale systématique qui met en place :

- Des interventions préventives : Elles sont essentielles afin de garantir le confort de vie des personnes âgées. De par leur déficience intellectuelle et leur difficulté de communication, elles ne parviennent généralement pas à rapporter elles-mêmes les malaises physiques qu'elles ressentent ; il faut donc développer des stratégies de dépistage de la douleur, des maladies chroniques et des pertes sensorielles associées au vieillissement. Nous mettons un point donc d'honneur à prendre le temps d'écouter et d'observer chaque résident dans son quotidien pour bien « lire » la personne âgée, répondre à ses propres besoins et prévenir certains inconforts, voire douleurs qui la feraient souffrir. Les équipes éducatives connaissent également très bien les résidents dont elles s'occupent au quotidien et interpellent si un changement est constaté chez la personne âgée.
- Des interventions palliatives : La philosophie de la Cité de l'Espoir est de mettre en place les soutiens nécessaires pour que la personne puisse continuer à vivre dans son foyer de vie le plus longtemps possible voire jusqu'à son décès, même lors de soins palliatifs. Lorsque la personne se trouve en fin de vie, le rôle de l'équipe pluridisciplinaire (éducateurs, médecins, infirmières, kinés,) est d'être présente aux côtés de la personne âgée pour prévenir et soulager les douleurs physiques ou autres inconforts (tels que les nausées, la constipation, etc.). Il est aussi question de l'accompagner face à ses questionnements, à ses angoisses et à ceux de son entourage. L'objectif est de maintenir le meilleur confort de vie possible compte tenu de la situation et d'accompagner la personne âgée dans le respect jusqu'à la fin de sa vie. Face à la maladie, à la souffrance, à la mort, la charge émotionnelle et physique est également importante pour tout intervenant s'occupant du résident en fin de vie. C'est pourquoi

une formation du personnel accompagnant, un soutien et un encadrement sont mis en place soit au sein de la Cité, soit en dehors (Plate-forme des Soins Palliatifs, rencontre avec la psychologue, discussions en équipe).

4.3.2.8. Objectifs pour l'avenir

- Améliorer le suivi médical spécifique pour les aînés (faire des examens liés à l'âge : prostate, mammographie, test auditifs et visuel).
- Avoir des référents en soins palliatifs (infirmiers ou éducateurs) lors d'une situation de fin de vie (pour avoir une mise en place d'une procédure, un schéma de soins, un soutien pour l'équipe et permettre de leur répondre).

4.4. Programme transversal : La gestion des troubles du comportement

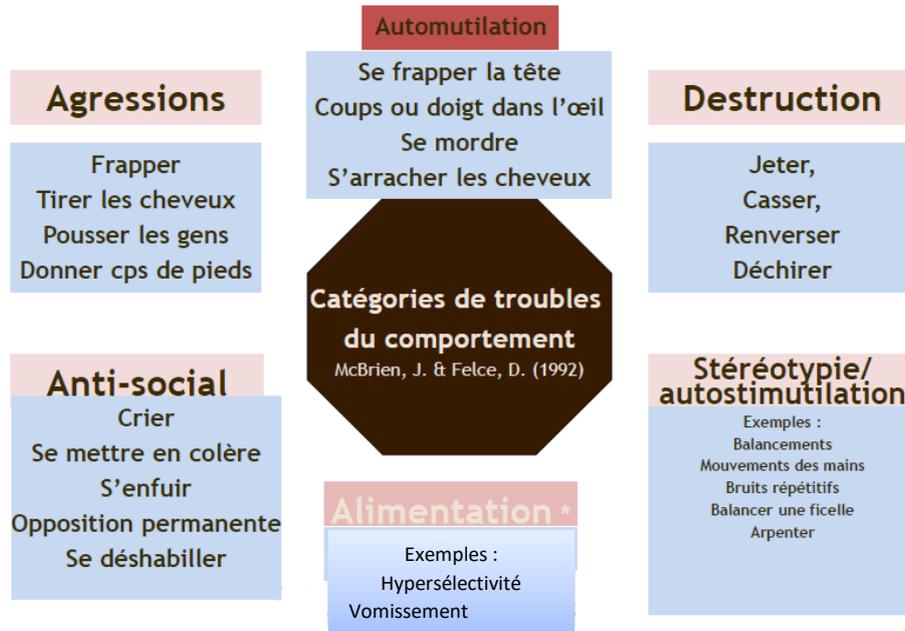
Tous les résidents de la Cité de l'Espoir peuvent développer au cours de leur vie des troubles du comportement d'intensité variable. Pour cette raison, la Cité de l'Espoir n'a pas de lieux spécifiques dans lesquels sont rassemblées les personnes présentant ce type de trouble. Pour autant, certains foyers ou pavillons accueillent davantage de résidents présentant des troubles du comportement régulier et d'intensité plus forte.

4.4.1. Qu'est-ce qu'un trouble du comportement ?

Il s'agit d'un comportement inadapté ou dérangeant sortant du cadre des comportements acceptés dans un groupe ou un contexte donné (exemple : crier dans un concert d'opéra ou de hard rock). Certains troubles du comportement peuvent aussi nuire à la personne, à son environnement social ou physique. En fonction de la nature et de l'intensité des comportements concernés, on pourra parler de trouble grave du comportement.

La gestion des troubles du comportement doit prendre en compte l'impact provoqué sur l'environnement du résident ainsi que sur lui-même. Certains troubles du comportement peuvent être acceptables dans un groupe de vie parce qu'il n'y aura pas de conséquence néfaste pour la personne ou pour les autres. Par exemple, le fait qu'un résident déchire des revues n'aura pas la même incidence s'il y a présence ou non d'un autre résident qui a un trouble alimentaire de type pica (ingestions de substances non comestibles et non nutritives).

Les troubles (graves) du comportement peuvent s'exprimer de différentes manières : agressions physiques, cris, problèmes alimentaires, actes de destruction d'objets, mouvements et bruits répétitifs, etc. Le schéma suivant permet de rendre compte des principales catégories et d'exemples concrets auxquels nous pouvons être confrontés :



Si nous accueillons des résidents qui peuvent présenter toutes les catégories de comportements repris dans ce schéma, nous devons prendre en compte l'incidence de ces comportements sur la vie du groupe. C'est particulièrement le cas pour les comportements d'agression, qui en fonction de leur fréquence, de leur intensité, de leur niveau de danger, peuvent déboucher sur un arrêt de l'accueil ou une réorientation potentielle. Ces situations sont rares mais bien présentes.

4.4.2. Le trouble du comportement comme moyen de communication

Un comportement inadéquat peut être compris ou interprété comme un moyen de communiquer quelque chose. Il est souvent l'expression d'un besoin, d'une demande, d'un mal-être ou d'une incompréhension.

Les causes et origines sont nombreuses :

- a) *Psychique* : troubles dépressifs, anxieux, psychotiques, ... Peut dépendre également de l'état émotionnel de la personne (frustration, ennui, stress, problème de communication) ;
- b) *Somatique* (épilepsies, douleurs, thyroïde, ménopause, andropause) ;
- c) *Environnemental* : un changement dans l'environnement, que cela soit imprévisible et non-maitrisable (décès, impact des saisons, orages, pleine lune...) ou plus ou moins prévisible et maitrisable (la vie en institution, les congés, les nouveaux résidents, les camps) ;
- d) *Pédagogiques* : pratiques éducatives (incohérence, changement organisationnel, modification de l'équipe,)
- e) *Relationnel* : la relation entre l'éducateur et le résident ou les résidents entre eux (peut être une manière d'attirer l'attention, peut dépendre du degré de tolérance de l'un ou l'autre, des affinités,)

- f) *Biologiques* : seuil de tolérance aux bruits (bruit de foreuse, tondeuse,), aux mouvements dans le foyer, aux odeurs, ...

4.4.3. Pourquoi cette manière de communiquer ?

Le trouble du comportement est un moyen d'expression parce que la personne ne sait pas toujours communiquer autrement. Nous devons être particulièrement attentifs au langage non-verbal qui est le principal moyen de communication utilisé par les résidents. Les troubles du comportement peuvent être envisagés comme des manières de communiquer. L'inverse est vari aussi : si nous trouvons des moyens de communiquer et de comprendre le résident, les troubles du comportement peuvent également diminuer.

Les personnes peuvent également avoir un fonctionnement neurologique particulier (ex : autisme) et donc, de ce fait, elles s'accommodent plus difficilement aux changements d'environnement et aux perturbations.

A leur manière, certains résidents peuvent arriver à se réguler en demandant de s'isoler (en se mettant devant une porte, par exemple,), ce qui leur permet de diminuer la tension interne.

Le message n'est cependant pas facile à décoder. Comme nous le verrons dans les points suivants, le travail du personnel éducatif et paramédical est très important pour comprendre et intervenir le plus adéquatement possible lorsqu'une personne présente un trouble du comportement.

4.4.4. L'intervention éducative

L'équipe éducative a clairement un rôle central dans l'accompagnement des personnes présentant un trouble du comportement. En effet, elle a une connaissance approfondie du résident, de ses antécédents, de son histoire de vie, de ses angoisses, de ses craintes, de ses peurs mais également de ce qui lui fait plaisir et de ce qui lui convient. Il est nécessaire de bien lire le dossier des résidents et de ne pas hésiter à discuter et à poser des questions aux collègues (surtout pour les nouveaux travailleurs).

Comme nous le verrons plus en détail dans le point suivant, l'équipe éducative peut aussi interpellé d'autres professionnels en fonction des pistes à explorer (regard médical, grille d'observation,) pour affiner son observation et son intervention.

Ces 6 étapes sont en lien direct avec l'état émotionnel dans lequel peut se trouver la personne (étapes-comportements, cfr tableau récapitulatif page suivante).

Les 6 étapes sont :

Avant la crise :

1. *Construire* : C'est le travail relationnel de tous les jours. L'éducateur installe un climat de confiance. En effet, il est important d'investir les moments où il n'y a pas de trouble du comportement et profiter d'un répit qui permet de construire une relation. C'est le moment également où le résident est le plus disponible émotionnellement et le plus ouvert (l'occasion d'essayer de nouvelles choses,).

Emergence du trouble du comportement et moment de crise :

2. *Prévenir/comprendre/éviter* ou les signes avant-coureurs : Désamorcer le plus rapidement possible est le maître-mot. Il est important que l'intervenant établisse un climat rassurant et réconfortant, en écoutant le résident, en adaptant son langage et son intonation.

Nous ajoutons également l'importance d'avoir une observation fine pour décoder les situations problématiques, ainsi qu'une analyse pointue permettant de mettre en place une intervention optimale.

3. *Diriger/cadrer* : Il nous semble essentiel que l'éducateur connaisse son seuil de tolérance personnel (fatigue), qu'il soit à l'écoute et qu'il accepte de se remettre en question. Il est également important qu'il soit à l'écoute de son collègue et qu'il lui propose de l'aide lorsque cela est nécessaire.

4. *Maitriser/protéger* : Ne pas hésiter à demander de l'aide et à utiliser tous les moyens nécessaires pour assurer la sécurité physique du résident et du reste du groupe.

Après la crise :

5. *Récupérer* : il s'agit de reprendre contact avec la personne

6. *Stabiliser* : Reconstruire la relation avec le résident est aussi essentiel.

Il est important d'investir toutes les différentes étapes. De la première (calme) qui renforce la communication entre la personne et l'intervenant jusqu'à la dernière (stabilisation ou retour au calme), car elle permet d'établir un climat de confiance et de dédramatiser la situation.

Mais précisons aussi que souvent, la personne passe à l'acte en brûlant quelques étapes : « *On ne l'a pas vu venir* ». Cela peut s'expliquer, entre autre, par une accumulation de tension (si elles sont internes cela ne se voient pas nécessairement) et à un moment donné, le « vase déborde ». Dans d'autres situations, les signes avant-coureurs sont si subtiles qu'ils passent quasiment inaperçus avant la crise. La connaissance de la personne et son observation fine sont dès lors deux ressources importantes pour prévenir les crises.

Annexe 2 - Etat émotionnel (crise) de la personne – principes et modes d'interventions

(Inspiré d'une formation sur l'approche positive, donnée par Luc Gravel en 2009).

	Etapes	Etapes - Comportements	Principes d'intervention	Interventions concrètes éducatives
1	Avant la crise : CONSTRUIRE	Calme (la personne est plus réceptive)	Interventions positives, construction de la relation, renforcement positif	Encouragements, stimulations positives à essayer des choses (jeux, activités sensorielles,..)
2	Emergence du trouble du comportement et moment de crise: a) PREVENIR/COMPRENDRE/EVITER (les signes avant-coureurs)	Agitation	Désamorcer le plus vite possible Essayer de cerner le déclencheur Garder le contact/relation Insister sur la communication positive Proposer une alternative	Parler clairement Communication posée Lui parler, changer l'environnement (bruit, stimulation négative); lui proposer de sortir, un objet...
3	b) DIRIGER/CADRER	Opposition –panique	Ne pas faire pire, la personne est bloquée, à enclencher... Faire en sorte que ses comportements ne soient pas dommageables pour lui ou les autres	Des directives claires et fermes Gérer sa voix et son attitude générale (donner un sentiment de maîtrise). La cohérence et le cadre permettent d'éviter des troubles du comportement.
4	c) MAITRISER/PROTEGER	Intimidation Passage à l'acte	Maîtriser la personne Assurer la sécurité des différentes personnes : le résident, les autres résidents, soi-même	Contention, méthode CAMP, quitter les lieux
5	Après la crise : a) RECUPERER	Récupération (répit)	Reprendre le contact avec la personne Ne pas être intrusif Ne pas « cadrer »	Lui parler, le toucher sans être intrusif (massage) L'aider à se stabiliser
6	b) STABILISER	Stabilisation	Reprendre les interventions positives, reconstruire la relation	Proposer une opportunité positive (en individuel)

4.4.5. L'analyse et les pistes d'intervention

Lorsqu'une personne développe un trouble du comportement ou que celui-ci s'intensifie, les intervenants ont un « canevas » qu'ils suivent permettant d'objectiver le comportement :

- a) Au sein de l'équipe éducative : récolte des informations, des observations par l'équipe complète, si le comportement se répète, s'il est plus fréquent avec certains intervenants, plusieurs pistes sont alors émises.
- b) Interpellation extérieure à l'équipe éducative :

En premier lieu, il s'agit d'exclure toute cause médicale (douleur). Une grille d'observation peut être établie afin d'analyser le trouble du comportement de façon plus objective et le contexte dans lequel il apparaît. Cette grille est construite par le psychologue et/ou le chef de groupe avec la collaboration de l'équipe éducative.

Toutes ces observations, hypothèses et analyses peuvent déboucher sur la mise en place d'une stratégie d'intervention et d'encadrement spécifique de la personne. Il est important d'avoir des discussions et des réajustements régulièrement. Une bonne cohérence d'équipe permettra peut-être de diminuer et/ou de réguler le comportement.

- c) Si cela ne suffit pas :
 - 1) Le médecin psychiatre et la collègue médicale pourront être interpellés pour une aide médicamenteuse et pour explorer différentes pistes médicales.
 - 2) Une période de repos à l'infirmerie peut être proposée en accord avec notre médecin-psychiatre. Il s'agit de sortir la personne de son environnement, pour proposer à tous un moment de répit. Une observation plus fine du comportement problématique peut y être effectuée. Cet éloignement permet bien souvent de casser le processus ou de constater que le phénomène ne se reproduit pas au sein de ce nouveau contexte. Lors du retour de la personne dans son lieu de vie, une attention particulière est apportée à la réintégration du résident (parfois avec des nouvelles pistes d'action dégagées suite aux observations faites à l'infirmerie).
 - 3) Dans certains cas, une demande de transfert peut avoir lieu (changement de lieu, réorientation de foyer) avec un environnement plus adapté et approprié au besoin de la personne.

4.4.6. L'aménagement de l'environnement

Les troubles du comportement trouvent souvent leur origine dans l'environnement de la personne. C'est à ce niveau que nous concentrons notre action. Une adaptation de celui-ci peut être effectuée (mobilier adapté et décoration épurée, aménagement des espaces,...).

Pour l'accompagnement de personnes développant de l'automutilation, des moyens simples, efficaces et sécurisants permettent de protéger la personne (lit sécurisé, habillement adapté, casque,...). L'objectif sera de protéger d'abord la personne mais en n'oubliant pas de chercher des réponses sur

les raisons du comportement (par exemple : trop de bruit, travaux à l'extérieur, douleur) et d'explorer les pistes qui ne privent pas la personne de liberté.

Il est important également d'éviter les éléments déclencheurs si on les connaît (par exemple, éviter les grandes animations festives pour une personne ne supportant pas le bruit ou la foule).

Lors de situations plus problématiques, sortir la personne du groupe de vie peut s'avérer indispensable soit, pour un temps court, mais suffisant pour faire redescendre la tension de la personne ou du groupe (balade, repos...), soit pour une période plus importante permettant de changer le cadre de vie de la personne, ceci afin de diminuer le trouble du comportement.

4.4.7. L'inclusion

L'inclusion de la personne se conçoit à plusieurs niveaux :

- Dans son lieu de vie
- Dans l'institution
- Dans la société extérieure

Tout ne va pas être accepté dans le lieu de vie. La sécurité de la personne et des autres résidents est primordiale et demandera une intervention immédiate. L'accompagnement de (s) personne(s) doit également être analysée et réfléchi par l'équipe afin de procurer une qualité de vie la plus optimale possible.

Des troubles du comportement vont pouvoir être tolérés ou acceptés dans un foyer mais ne pourront pas l'être n'importe où dans l'institution. Une démarche pourra être mise en place par l'équipe afin de favoriser la participation à la vie institutionnelle ou pas (festivité, animations diverses, participation à des ateliers...).

La plupart des troubles du comportement sont difficilement acceptables au sein de la société. L'équipe éducative va également mettre en place des stratégies pour permettre aux personnes de pouvoir bénéficier d'une inclusion, même momentanée, au sein de cette société. Que ce soit pour une balade, un resto, une participation à un événement, faire partie d'un club de sport ou autres.

Les interventions mises en place sont quelquefois très simples (habillage adapté) ou un peu plus complexes et demandent un apprentissage parfois long (par exemple, apprendre à manger proprement).

Le regard extérieur et l'acceptation de la société restent des facteurs difficiles à affronter.

4.4.8. Les objectifs à moyen terme

- ✓ Débriefing de l'après crise (temps de parole, partage des « trucs et astuces »)
- ✓ Mise en place d'une procédure d'échange entre l'infirmerie et le foyer après une période de répit ;

- ✓ Formation C.A.M.P (Contrôle de l'Aggressivité par la Maîtrise Physique) à mettre en place dans les lieux de vie accueillant des résidents avec troubles du comportement et présentant un danger physique pour les autres.

4.5. Le programme « des résidences inclusives »

4.5.1. Historique du projet des résidences inclusives

Depuis 2010, une réflexion s'est engagée à la Cité de l'Espoir pour mettre en place un projet de décentralisation permettant à trois groupes de résidents adultes de quitter le site du Domaine des Croisiers pour aller habiter en ville, accompagnés d'équipes éducatives. L'objectif de ce projet est de leur proposer un lieu de vie le plus normal possible ; une maison, un « chez soi » à la fois sécurisant et ouvert sur la vie extérieure. Vivre en ville, c'est aussi leur offrir la possibilité de s'intégrer dans un quartier, de se créer un réseau social différent, de mettre en place des partenariats d'utilité sociale, d'utiliser les services comme tout autre citoyen (bus, magasins, poste,), et au final, favoriser l'inclusion sociale.

En 2019, les trois groupes ont été constitués : les groupes « Sablon », « Palais » et « Château ». Le choix des noms vient simplement de leur situation dans la ville (place du Sablon et rue du Palais) ou du type de logement (un château). Actuellement, deux groupes habitent déjà dans leur maison, accompagnés d'une équipe éducative, le troisième est toujours sur le Domaine des Croisiers, il attend impatiemment la fin des travaux pour déménager. Ces trois bâtiments (deux achetés et un en location) ont été choisis pour leur localisation qui facilite l'intégration sociale des personnes. Ils se situent au cœur de Dison et Verviers, dans des endroits proches ou contigus à d'autres logements ordinaires. Divers services sont à proximité : petits commerces (boulangerie, boucherie, pharmacie, etc.), grands magasins, maison de quartier, écoles, associations, Centre culturel, services communaux, services médicaux, services de loisirs, etc. Les trois maisons sont proches des transports en commun (arrêts de bus dans la rue, gare de Verviers à 500 mètres de la maison du Palais) et l'accès à l'autoroute facilite les déplacements avec leur camionnette. Afin de faciliter l'inclusion, les trois maisons se situent dans des quartiers bien distincts. Toutefois, elles sont suffisamment rapprochées pour permettre des échanges entre elles.

4.5.2. La philosophie du projet

4.5.2.1. « Je vis dans ma maison » - le principe de normalisation

Les personnes qui habitent à la Cité de l'Espoir, sur le Domaine des Croisiers, se sentent toutes « chez elles » ; elles ont leur lieu de vie bien défini et leur réseau social. Mais ce projet de logement inclusif va plus loin, en leur donnant la possibilité de vivre dans une maison en ville. Pouvoir dire « Je vis dans ma maison, dans telle rue », c'est être comme Monsieur et Madame Tout-le-Monde, avoir un mode de vie normal. Certains ont déjà connu cela lorsqu'ils étaient en famille, d'autres le découvrent pour la première fois.

Habiter dans une maison, c'est pouvoir se sentir « chez soi » en participant à l'organisation de la maison, à la décoration ; c'est avoir un espace personnel même si on vit à plusieurs ; c'est pouvoir inviter un ami ou un membre de sa famille. L'idée est également de proposer un lieu de vie aménageable et adaptable aux besoins de la personne et à son évolution de vie, de lui garantir notamment qu'elle pourra continuer à résider chez elle même si elle venait à perdre en mobilité (des ascenseurs sont prévus), tant que ce type de vie lui convient toujours.

Tout cela est possible grâce à l'accompagnement continu et sécurisant d'une équipe éducative 24h/24, 7 jours sur 7.

Habiter dans une maison, c'est également faire partie d'un quartier, d'une communauté. C'est être un voisin et un citoyen, avoir une vie sociale et des activités en dehors de chez soi. C'est quitter sa maison pour aller dans le monde et y revenir ensuite.

4.5.2.2. « J'ai mon projet de vie » - les principes d'auto-détermination et d'autonomie

En proposant ce projet, l'objectif principal n'est pas de vivre dans une maison, mais surtout que la personne ait une vie qui ait du sens pour elle, riche d'expériences et de rencontres. Pouvoir choisir des activités et des loisirs qui l'intéressent, réaliser des tâches où elle se sente utile, développer des liens sociaux qui la rendent heureuse, est essentiel.

Pour aider la personne à vivre la vie qu'elle souhaite et ainsi s'épanouir, il faut d'abord la considérer comme acteur à part entière et croire en ses capacités. Chacun est capable d'agir directement sur sa vie si on lui en donne les moyens. Cela sous-tend que l'entourage implique la personne dans les décisions qui la concernent en lui donnant les informations nécessaires et en lui apprenant à faire des choix par elle-même dans tous les actes du quotidien comme dans les grandes étapes de sa vie. C'est un processus qui implique le soutien de tous les partenaires (équipes d'accompagnants pluridisciplinaires, proches et partenaires extérieurs) pour que la personne puisse co-construire son projet de vie. En soutenant la personne dans ses capacités et en l'encourageant à développer ses compétences propres, on l'aide à prendre confiance en elle et à être plus autonome.

Être acteur de sa vie et pouvoir dire : « J'ai mon projet de vie », cela s'apprend et se développe.

4.5.2.3. « J'ai ma place dans la société » - les principes d'intégration et de valorisation des rôles sociaux

En habitant une maison en ville, les personnes peuvent plus facilement s'intégrer dans le quartier, dans une communauté. Cela permet de créer du lien, une relation de confiance, qui pourra progressivement ouvrir la société à l'inclusion. Toutefois, pour se sentir reconnu par la communauté et trouver sa place dans la société, il ne suffit pas d'avoir une maison, il faut également s'impliquer activement dans ce changement.

La personne se montre citoyenne à part entière lorsqu'elle utilise les services proches (magasins, centre de loisirs, centre médical) et les ressources publiques (bibliothèque, clubs sportifs, bus, potager communautaire, bulles à verres), ou simplement quand elle déblaye son trottoir enneigé.

Mais l'enjeu est de faire de chaque activité une occasion de rencontres et/ou de réalisation d'un rôle social valorisé, petit ou grand, en fonction des possibilités de chacun : créer des relations de voisinage en arrosant ses balconnières, jouer à la pétanque dans le parc communal plutôt que dans son jardin, être ouvert à l'entre-aide et la solidarité, collaborer à un projet de partenariats, participer au comité de quartier, etc.

Pour faciliter l'intégration dans la communauté locale, il est également important que la personne ait une image sociale positive dans sa façon de se percevoir elle-même (connaissance de ses forces, estime de soi, confiance en soi), comme dans la manière dont elle est perçue (apparence physique normale, attitudes sociales adéquates, acquisition des compétences requises pour assumer ses rôles sociaux).

4.5.3. La vie dans les maisons

4.5.3.1. Les habitants des maisons

Pour des raisons organisationnelles, les trois maisons accueillent 12 résidents adultes présentant une déficience intellectuelle modérée à sévère, sans difficulté motrice majeure. Ces personnes ont été intégrées dans ce projet car, bien qu'elles nécessitent la présence continue d'un intervenant pour les accompagner dans leur vie, elles ont une relativement bonne autonomie pour les actes essentiels du quotidien (se laver, s'habiller, manger seul), savent réaliser des tâches simples ou un petit travail, ont intégré les habiletés sociales et de communication de base, et surtout ont un attrait pour les relations sociales.

Dans un premier temps, les maisons ont été ouvertes en priorité aux résidents qui habitaient déjà à la Cité de l'Espoir pour leur offrir la possibilité de changer de style de vie. Ce n'est que par la suite que des personnes extérieures ont pu intégrer ce projet en fonction de « places » laissées vacantes.

4.5.3.2. Le choix de sa maison

Choisir une maison communautaire, c'est accepter de partager sa vie avec d'autres personnes. Afin de faciliter la bonne entente entre les colocataires, les groupes ont été constitués en tenant compte des besoins et intérêts communs, mais aussi en fonction des liens sociaux et amicaux existants entre les personnes. Les trois maisons sont donc mixtes et les résidents ont des tranches d'âges différentes.

L'intégration d'une nouvelle personne dans une maison se fait en regard de son parcours, de ses besoins et de son projet de vie personnel. On essaie tant que possible de respecter les souhaits de la personne elle-même (selon ses projets, ses préférences, le choix du bâtiment), ainsi que ceux de son représentant légal et/ou de ses proches. L'objectif est que la personne se sente « chez elle », qu'elle se plaise dans le groupe et dans le style de vie de la maison.

4.5.3.3.L'organisation de vie dans les maisons

4.5.3.3.1. Trouver l'équilibre entre vie communautaire et vie personnelle

Chaque maison a son « projet de maison » particulier en fonction des besoins prioritaires des personnes qui y habitent. Le but est de personnaliser au maximum l'accueil et l'accompagnement de chaque résident.

Les espaces communs et individuels sont aménagés comme dans une maison traditionnelle. Les espaces communs reprennent une cuisine à dimension classique, un ou deux salons, une salle-à-manger, deux salles-de-bains, des espaces réservés aux activités et un jardin. Les chambres quant à elles constituent les espaces individuels : chaque résident l'aménage à son goût. Certaines chambres sont doubles, ce qui peut répondre aux souhaits de fratries, amis ou personnes souhaitant vivre en couple. L'idée est d'aménager les espaces intérieurs de la maison avec les résidents au fur et à mesure de leurs besoins (par exemple, créer un espace « cocoon », une pièce « massage », une salle de cinéma dans la cave).

Afin de garder une bonne harmonie au sein de la maison, des règles de vie en communauté sont instaurées ensemble et traduites en pictogrammes. Celles-ci concernent notamment le partage des tâches de la vie quotidienne (vaisselle, nettoyage, rangement, poubelles, linge, courses), la participation à la vie du groupe (participer aux animations, fêter les anniversaires), le respect des autres et de l'intimité, le respect des espaces et des objets personnels.

Le groupe se rassemble 1x/mois pour un Conseil des Usagers. Les résidents y sont informés de l'actualité de la maison (événements du mois, travaux prévus, changements prévus) ; ils peuvent donner leur avis et amener des propositions pour améliorer leur quotidien (nouvelles activités, décoration de la maison, organisation de la journée, choix des culinaires).

4.5.3.3.2. Vivre selon un horaire normal et rythmé

Pour avoir une vie active, il est nécessaire de suivre un rythme de vie « classique » avec une ligne de conduite commune (par exemple, tout le monde doit avoir déjeuné avant 9h30 en semaine ; on ne va pas se coucher avant 19h ; etc.). Toutefois, les horaires de la journée restent adaptables en fonction des besoins de chaque résident et des événements. Il y a, par exemple, une différence entre l'horaire de la semaine et l'horaire du week-end où le rythme est plus relax, on peut se lever plus tard, etc.

Les résidents disposent d'outils en pictogrammes pour les aider à se repérer dans le temps : un tableau-horaire semainier commun, un agenda annuel personnel et/ou d'un emploi du temps journalier individuel. Le fait d'avoir un déroulement de la journée avec des repères fixes (lever, bains, repas, tâches ménagères, activités) permet à chacun d'établir ses routines, ce qui facilite l'autonomie et la prise d'initiative.

On veille également à respecter le rythme normal de la semaine et de l'année, avec les congés et les jours de fêtes. Des vacances d'une semaine à la mer ou en Ardenne sont notamment organisées chaque année avec l'équipe éducative, pour ceux qui le souhaitent.

4.5.3.3.3. Avoir une vie sociale en dehors de la maison

Comme dans une vie normale, les personnes sont amenées à quitter leur domicile quotidiennement, que ce soit pour répondre à des besoins élémentaires (faire les courses, faire une activité physique, aller à un rendez-vous médical), pour se distraire (rencontrer des amis, sortir avec son amoureux/euse, aller boire un verre, partir en vacances, participer à des animations culturelles) ou pour participer à leurs activités. Plusieurs résidents maintiennent également des liens étroits avec leur famille et leurs proches, et retournent régulièrement les voir pour un ou plusieurs jours.

Les résidents ont toujours la possibilité d'utiliser certaines infrastructures adaptées sur le Domaine des Croisiers (la piscine, le Snoezelen, certains locaux pour la peinture, les K-Lumet) ou de continuer à participer aux activités/ateliers qu'ils fréquentent avec plaisir depuis des années. C'est important pour certains d'entre eux de garder leurs repères et de conserver leur réseau social au sein de la Cité de l'Espoir et avec les « anciens » partenaires extérieurs (la ferme pédagogique, l'hippothérapie, le camp à Lourdes).

Néanmoins, le but de ce projet est qu'ils puissent intégrer au maximum des loisirs et activités ouverts à tout public (activités à visée sociale, sport, arts et culture), adaptés à leurs préférences et à leur âge. L'objectif est que chaque résident des maisons ait au moins une activité inclusive par semaine. Cette activité peut être organisée sous la forme d'un partenariat citoyen ou d'un loisir qui crée des possibilités de rencontres, elle peut se faire avec d'autres résidents de la maison ou en individuel. L'essentiel est que chaque personne puisse se sentir valorisée en ouvrant davantage son réseau social.

4.5.4. Un accompagnement pluridisciplinaire dans une approche positive

4.5.4.1. Le rôle de l'équipe éducative et du référent

Pour que le résident se sente chez lui, l'une des missions de l'équipe éducative est de créer une ambiance familiale au sein de la maison où les relations sont basées sur la confiance et le respect réciproque, et où chacun est écouté dans ses choix. Elle s'assure également que les résidents ne manquent de rien au niveau de l'intendance, du médical et du suivi pédagogique (notamment en faisant le relais dans le passage d'informations entre les différents intervenants pour une meilleure cohérence).

Du fait de sa présence quotidienne au côté du résident, l'équipe éducative est sa première « personne ressource ». Elle est là pour le rassurer et lui donner confiance en ses compétences. Elle lui propose des soutiens adaptés afin qu'il puisse être le plus autonome possible dans son quotidien. Elle l'encourage à prendre soin de lui-même (hygiène personnelle, look, image de soi), à donner son avis et à faire des choix, à s'impliquer dans les tâches domestiques, à avoir des loisirs, développer ses compétences individuelles et sociales, apprendre à gérer ses émotions, etc. En discutant avec le

résident et en l'observant dans ses habitudes de vie, l'éducateur apprend à le connaître, il découvre ses forces et ses difficultés. Il peut alors mieux le soutenir dans ses apprentissages et le guider dans des projets de vie qui lui correspondent.

Pour individualiser encore plus l'accompagnement, chaque résident a un éducateur-référent qui le suit dans son projet de vie et s'assure que tout se passe bien dans son quotidien. S'il a une demande particulière ou un souci, le résident peut compter sur son référent pour l'aider ; ce dernier peut également être son « porte-parole » lors de réunions interdisciplinaires.

Vivre dans une maison normale en ville offre de nouvelles possibilités d'activités et de rencontres, nécessite l'acquisition de nouvelles compétences et d'habiletés sociales. Pour la majorité des personnes qui habitent les maisons et des intervenants qui les accompagnent, ce mode de vie est nouveau. Le rôle des éducateurs est donc de soutenir la personne dans cette ouverture au monde, d'être à la fois garant de son image sociale et « facilitateur » de la relation (au niveau de la communication et des habiletés sociales).

4.5.4.2. Le soutien médical et paramédical

Les personnes qui habitent dans les maisons inclusives font encore partie des résidents de la Cité de l'Espoir. C'est pourquoi, elles peuvent toujours faire appel aux équipes paramédicales (psychomotricité, logopédie, ergothérapie, kinésithérapie, psychologie) et médicales (médecine générale, soins infirmiers, psychiatrie, neurologie, orthopédie, diététique, pédicure) du Domaine des Croisiers. En fonction des besoins et des possibilités de chacun, les rendez-vous se donnent en ambulatoire (à la maison) ou sur le site du Domaine des Croisiers. Il est également possible d'utiliser les services proches de la maison (cabinets dentaires, hôpitaux, laboratoire d'analyse médicale) ou de choisir un soignant extérieur à l'équipe de la Cité de l'Espoir en fonction des souhaits de chacun.

4.5.5. Co-construire son projet de vie

4.5.5.1. Le plan de soutien personnalisé (PSP)

Comme tout le monde, chaque résident a ses préférences, ses envies, ses rêves et des projets qui le motivent et rendent sa vie plus agréable. Cependant, ce n'est pas forcément facile pour lui de les exprimer clairement et de mettre en place les étapes pour y accéder. Le but du Plan de soutien personnalisé (PSP) est donc de rassembler tous les intervenants et proches qui connaissent bien la personne pour l'aider à décrire qui elle est (ses habitudes de vie, ses forces et ses difficultés), expliquer ce qu'elle aime ou n'aime pas dans sa vie actuelle, exprimer les projets qui lui tiennent à cœur ou ce qui rendrait sa vie plus agréable.

Partant du principe que pour être bien, la personne a besoin de se sentir actrice de sa vie, elle est amenée à donner au maximum son avis. Chaque résident participe à sa manière à la co-construction de son projet en fonction de ses possibilités. Certains prennent activement part à la réunion et aux discussions de suivi, d'autres préfèrent avoir une courte entrevue avec leur référent avant et après la réunion ; certains disent leurs besoins verbalement ou par pictogrammes, d'autres s'expriment dans leur quotidien par ce qu'ils manifestent comme comportements (importance de l'observation).

Il va de soi que, vu le caractère « inclusif » des maisons, l'accent est principalement mis sur l'apprentissage de l'autodétermination, le développement des habiletés sociales, et la mise en place d'un réseau social via des activités de loisirs et/ou d'utilité sociale.

Le projet de vie évolue constamment avec la personne ; l'éducateur-référent est donc garant du suivi régulier des objectifs fixés. La réévaluation complète du PSP (mise à jour du bilan d'autonomie et révision des objectifs) se fait généralement tous les deux ans. S'il en ressortait que la personne ne trouve plus sa place dans le projet d'inclusion des maisons, elle a toujours la possibilité d'intégrer (ou réintégrer) un foyer de vie plus adapté sur le Domaine des Croisiers.

4.5.5.2. Une collaboration ouverte sur l'extérieur

4.5.5.2.1. La collaboration avec les familles et le représentant légal

Pour les personnes qui ont encore de la famille ou des proches, ceux-ci sont très importants dans leur vie. Certains résidents ont des contacts fréquents avec leur famille (par Skype ou téléphone) et retournent régulièrement en week-ends.

Pour pouvoir accompagner la personne et répondre à ses besoins, il faut la connaître. La famille, les proches et le représentant légal connaissent le parcours de vie de la personne et peuvent aider à mieux comprendre qui elle est. C'est pourquoi, ils sont invités lors de la mise en place du projet de vie de la personne. Ce sont des partenaires privilégiés. Afin de permettre une collaboration constructive, il est indispensable de créer une relation de confiance réciproque. Cela se construit progressivement au fil des rencontres.

4.5.5.2.2. Les partenariats avec des personnes ressources extérieures

L'objectif de ce projet est de privilégier le partenariat avec les personnes extérieures aux maisons. Certaines personnes sont des professionnels du monde du handicap travaillant dans d'autres associations (fermes pédagogiques, Altéo, séjour à Lourdes, Aditi, etc.), d'autres sont des citoyens lambda qui ont un projet en commun avec les résidents (potager communautaire, organisation de la fête du quartier). L'intérêt de collaborer avec des personnes non formées, c'est que leur manière d'aborder et d'aider le résident est différente ; la relation n'est pas d'ordre professionnel, elle est basée sur l'entre-aide et le partage d'expériences. Ainsi les résidents sont amenés à découvrir des manières de vivre ensemble différentes, à sortir de leurs habitudes et à apprendre bien plus que s'ils étaient restés entre eux à la maison. Et peut-être qu'un jour, l'équipe éducative pourra à certains

moments passer le relais à l'un ou l'autre membre de la communauté locale pour que le résident se sente vraiment intégré.

4.5.6. Les objectifs spécifiques

- En raison de la pandémie Covid-19, les projets n'ont pu être pleinement déployés au niveau de l'inclusion et de la création de synergies avec l'extérieur. Ce sera à déployer dès que les conditions sanitaires le permettront ;
- Emménagement du 3^{ème} groupe de vie le « Château » dans sa résidence, mise en place du projet dans sa globalité.

5. Infrastructures

5.1. Situation actuelle

5.1.1. Lieux d'implantation et type d'environnement

A la date du 19 juin 2021, la Cité de l'Espoir dispose de 25 lieux de vie spécifiques pour les adultes, dont 22 sont dédiés à l'accueil de personnes adultes. Parmi ces 22 lieux de vie, 20 sont situés sur le Domaine des Croisiers, au sein d'un double bâtiment. Chacun des lieux de vie dispose soit d'une grande terrasse, soit d'un jardin de plain-pied.

Depuis mai 2018, deux nouvelles résidences situées à Verviers et à Dison, dans des centres urbains, accueillent chacune 12 résidents. L'objectif est de proposer un cadre de vie le plus normalisant possible et intégré dans la communauté. Il est normalement prévu l'emménagement d'un 3^{ème} groupe de vie sur la commune de Dison dans un futur proche. Il s'agit des logements inclusifs.

5.1.2. La structuration de l'espace

Actuellement, les 3 lieux de vie du SRJ sont présents sur le Domaine des Croisiers, dans le même bâtiment que les lieux de vie accueillant des personnes adultes.

Les lieux de vie adultes sont répartis comme suit :

- 4 lieux de vie disposés au rez-de-chaussée du bâtiment principal accueillent des résidents adultes, sans problème majeur important (moyennant quelques rares exceptions), avec une diversité de profils au niveau des âges. La répartition des résidents se fait sur base de groupes homogènes au niveau des besoins et des compétences des personnes. Ces lieux de vie sont composés d'une cuisine, d'une salle de séjour, d'une salle à manger et de sanitaires qui y sont connexes. Ces 4 lieux de vie ont été rénovés entre 2006 et 2010. Les chambres des résidents sont disposées au 2^{ème} étage du bâtiment principal. Chacun de ces foyers dispose d'un jardin clôturé, avec une terrasse, tables et bancs de jardin, abri de jardin et auvent contre le soleil. Ces jardins individuels donnent eux-mêmes sur une espace plus vaste qui permet la pratique d'activités sportives et ludiques (pétanque, vélos) ;
- Sept lieux de vie accueillent des personnes polyhandicapées adultes (profils majoritaires) au 1^{er} étage (6 foyers) et au rez-de-chaussée (1 foyer). Cinq foyers sont constitués en espaces ouverts, avec cuisine ouverte, salle de séjour et salle à manger. Pour l'instant, les espaces de nuit sont également compris dans ce même espace, moyennant des séparations via des cloisons spécifiques afin de structurer l'espace et de permettre une intimité pour les résidents au repos. Un foyer est structuré en pièces séparées, cuisine, salle à manger, salon, chambres collectives spécifiques, salle de bain, etc. Le dernier foyer, construit au début des années 2000, reprend un espace ouvert avec la cuisine, la salle à manger, la salle de séjour et ensuite des chambres collectives bien distinctes, ainsi qu'une salle de bain entièrement adaptée. Dans le futur, nous souhaitons développer une composition de foyer allant dans ce sens pour tous les foyers accueillant des personnes polyhandicapées. Précisons que les 6 foyers disposés au

premier étage disposent de vastes terrasses adjacentes, permettant d'accueillir tous les résidents, si ceux-ci le souhaitent.

- Huit lieux de vie sont disposés selon une configuration pavillonnaire, de plain-pied à côté du bâtiment principal. Ces foyers sont reliés au bâtiment principal par un jeu de couloirs. Ces foyers sont historiquement dédiés aux résidents avançant en âge. Les groupes de vie ne dépassent pas 12 personnes et l'âge moyen y est relativement élevé. Les huit foyers sont configurés de la même manière, à savoir : une kitchenette à l'entrée, une salle de séjour et salle à manger, une salle de bains et 5 à 6 chambres pouvant accueillir 2 personnes. Dans la mesure du possible et des espaces garantis, nous privilégions un système de chambre individuelle moyennant des cloisons amovibles. La configuration de ces foyers (construits en 1976) nous semble idéale moyennant des dimensions qui devraient être supérieures et des sanitaires davantage adaptés pour les personnes à mobilité réduite. Chacun de ces foyers dispose d'une cour et d'un petit jardin privatif.

✓ **Structuration des lieux d'activités**

La Cité de l'Espoir dispose de plusieurs locaux dédiés à des activités de loisirs ou ludiques ou à utilisation thérapeutique. Ils sont concentrés à l'est des bâtiments et comprennent :

- 3 espaces dédiés à une ludothèque ;
- 1 espace TEACCH ;
- 1 snoezelen composé de 4 espaces distincts ;
- 3 espaces dédiés à des ateliers d'ergothérapie ;
- 1 piscine adaptée avec possibilité d'animation snoezelen ;
- 1 grande salle kiné, utilisée pour des activités récréatives (vélos, des tapis de sol, des espaliers, etc.) ;
- 5 espaces polyvalents pour des ateliers créatifs (Klumet, bricolage, peinture, etc.) et sensoriel ;
- 1 salle multifonctionnelle pour l'accueil de différentes activités (groupes musicaux, danse folklorique, atelier expression, etc.

Précisions enfin, que plusieurs ateliers ayant pour trait le jardinage, l'embellissement ou l'entretien du mobilier extérieur sont proposés et se réalisent au sein de notre domaine.

5.1.3. Les services support

Pour assurer le confort des résidents et le fonctionnement optimal des lieux de vie, les services de la Cité de l'Espoir comptent un certain nombre de services supports, qui interviennent quotidiennement auprès des résidents, de manière directe ou indirecte.

La cuisine, qui fournit chaque jour les repas, en prenant en considération les régimes alimentaires des résidents ainsi que la composition des plats (mixés, semi-mixés, petits morceaux, dissociation viande – féculents, etc.). Cette organisation se fait via une collaboration avec une diététicienne et le staff médical de la Cité de l'Espoir.

La lingerie, qui s'occupe du linge de corps et du linge de literie de tous les résidents. Elle entreprend également certains travaux de couture afin de proposer des vêtements adaptés aux difformités des personnes, mais aussi à certains problèmes vestimentaires rencontrés auprès de certains résidents (destruction de ses habits, etc.).

Le service de nettoyage qui s'occupe, en collaboration avec les équipes éducatives, du nettoyage et de l'entretien général des lieux de vie, des lieux d'activités et des espaces communs.

Le service technique est composé de différents professionnels ouvriers chargés de l'entretien général des bâtiments, du Domaine des Croisiers, mais aussi de menues réparations de matériel spécifique. A cet effet, la menuiserie est chargée de réaliser toute une série de petits travaux concernant l'aménagement et l'adaptation spécifiques du mobilier pour les résidents (table, chaise, barrière, literie, plan de travail, armoire, etc.). Ces travaux se font généralement en concertation avec les ergothérapeutes. Le service technique participe également aux déplacements des résidents, notamment en organisant un service de transport, en collaboration avec les équipes éducatives.

5.1.4. Les ressources extérieures

✓ **Commerces et services.**

Le village d'Andrimont, à 1 km de l'institution, comporte divers commerces utilisés par les résidents : boulangerie, épicerie et librairie.

C'est là également que se trouve l'arrêt de bus présentant une liaison avec Verviers. Cependant, la fréquence de ces bus et la distance sont des éléments qui nous contraignent, dans la plupart des cas, à utiliser le parc automobile de l'institution ; parc qui a été considérablement renforcé entre 2002 et 2016 et qui compte plusieurs véhicules adaptés. Le village propose également une bibliothèque à laquelle nous avons recours pour quelques résidents (en nombre très limité compte tenu de notre population).

✓ **Ressources culturelles et sportives.**

A l'exception du Centre Culturel de Dison, dont nous sommes devenus un partenaire important, les besoins culturels sont rencontrés par les équipements collectifs verviétois : cinémas, concerts, piscine, théâtre.

Nos jeunes résidents fréquentent, à l'occasion, et en regard de leur projet de vie, certains mouvements de jeunesse (scouts les Copains, le Patro), des clubs sportifs (basket, athlétisme, etc.) et de loisirs (ferme pédagogique).

Nos possibilités de déplacements nous permettent à présent un large accès aux infrastructures générales (parcs d'attractions, zoos, lieux d'activités adaptées, manèges) dans l'ensemble du pays et au-delà des frontières, profitant ainsi de la situation géographique de notre arrondissement. Signalons enfin que nous participons activement à diverses manifestations destinées aux personnes handicapées mentales (Tour cycliste de la région wallonne, Euregio, Special Olympics).

5.2. Situation future et objectifs

La configuration actuelle d'adossement du SRJ au SRA et de partage d'activité et de locaux sur le même site est appelée à changer dans un avenir proche. En effet, la volonté du Conseil d'Administration est de déplacer le SRJ à moyen terme (horizon de 5 ans) afin de lui donner une identité propre et bien distincte des SRA implantés sur le Domaine des Croisiers.

Quant au SRA, le Plan Stratégique Global comprend un Plan Global Infrastructures (PGI) visant à réformer des locaux inaugurés il y a plus de 50 ans, à une époque où les normes n'étaient pas celles de maintenant. A la faveur de la libération de place liée à la création des nouvelles résidences inclusives à l'extérieur du Domaine, un vaste chantier de reconfiguration de nos infrastructures sera entrepris. Ce chantier se fonde sur la reconfiguration de l'ensemble de la Cité de l'Espoir sur des lieux de vie distincts de lieux d'activités et loisirs.

De nouveaux espaces d'activités et d'animation vont être développés, qui pourront être fréquentés par des usagers de services partenaires. Nous prévoyons la rénovation de salles de repas, de réunion, de formation et/ou polyvalentes de manière à offrir, tant en interne qu'en externe, une image rafraîchie de la Cité de l'Espoir et des lieux plus conviviaux permettant une approche plus adaptée aux rencontres (familles, manifestations, etc.). L'objectif général est de proposer des espaces de vie normalisants, autant dans les lieux de vie que dans les espaces communautaires.

Au niveau de l'hébergement, nous avons deux gros chantiers de rénovation sont entrepris suite à une promesse de subvention dans le cadre des appels à projet ERICH. Le premier chantier concerne la rénovation des structures nommées « Pavillons ». Le deuxième chantier concerne le bâtiment central inauguré en 1968.

L'estimation des délais des grandes étapes pour la rénovation des pavillons est la suivante :

1. Désignation des architectes - via un marché public de service en procédure concurrentielle avec négociation - : Mai 2021
2. Avant-projet validé : février 2022
3. Introduction du dossier de demande de permis d'urbanisme : mars 2022
4. Publication des marchés de travaux juin 2022
5. Désignation des adjudicataires des marchés de travaux : octobre 2022
6. Durée du chantier en fonction de phasage du projet issu de l'étude

L'estimation des délais des grandes étapes pour la rénovation du bâtiment central est la suivante :

1. Désignation des architectes - via un marché public de service en procédure concurrentielle avec négociation : février 2022
2. Avant-projet validé : novembre 2022
3. Introduction du dossier de demande de permis d'urbanisme : janvier 2023
4. Publication des marchés de travaux : mars 2023
5. Début des travaux : début des travaux est fonction de la finalisation du projet SRJ et du chantier Pavillons
6. Désignation des adjudicataires des marchés de travaux : à la suite
7. Durée du chantier en fonction de phasage du projet issu de l'étude

6. Implication de la personne

6.1. Le Plan de Soutiens Personnalisé

Le Plan de Soutiens Personnalisé⁹ comporte deux parties.

La première partie du PSP consiste en une présentation détaillée du résident, à travers son parcours, son histoire, ses attentes, ses forces et préférences, ses demandes et aspirations, ses affects et émotions. Il précise ensuite dans la partie « bilan » :

- l'évolution de la personne et ses besoins dans ses différentes habitudes de vie ;
- le niveau de satisfaction de la personne (et de ses proches) dans la réalisation de ces différentes habitudes de vie ;

La deuxième partie du PSP reprend les soutiens que l'on proposera pour améliorer ou maintenir les habitudes de vie de la personne. Ce Plan de Soutiens est défini de manière pluridisciplinaire (éducateurs des foyers et ateliers, paramédicaux, psychologues, etc.).

Le plan de soutiens personnalisé doit contenir les dimensions suivantes :

- les objectifs prioritaires poursuivis (sur base de l'analyse des habitudes de vie) ;
- les approches les techniques et les stratégies privilégiées pour apporter le soutien ;
- les rôles et responsabilités de chacun ;
- la durée prévue des soutiens et le moment prévisible de sa révision.

L'élaboration du PSP de la personne se formalise lors d'une réunion interdisciplinaire conviant les différents professionnels (éducateurs, paramédicaux, psychologues et assistants sociaux), le résident et les proches.

6.2. L'évaluation du Plan de Soutiens Personnalisé

L'évaluation du Plan de Soutiens Personnalisé est **organisée au minimum une fois tous les 2 ans**. Cette fréquence peut être plus intense en fonction de l'évolution de la personne et de ses besoins. Cette évaluation reprend une description du parcours de la personne, l'identification de ses attentes et demandes, la description de ses habitudes de vie et l'évaluation de la satisfaction en regard de celle-ci. L'élaboration du PSP est ensuite réévaluée à l'aune du projet de vie actualisé. Cette réunion d'évaluation se fait en présence du chef de groupe, de l'équipe éducative, du chef de groupe référent et du psychologue-référent. En fonction des situations et des besoins, d'autres intervenants accompagnant régulièrement la personne (paramédicaux, médecins, équipes de nuit, assistants

⁹ Cfr annexe 6 : Plan de Soutiens Personnalisé. Ce document a été élaboré en collaboration avec Monsieur Daniel Boisvert en prenant appui sur le modèle conceptuel du Processus de Production du Handicap.

sociaux, etc.) sont également invités à cette réunion. Ceux-ci sont toujours sollicités préalablement afin de recueillir un maximum d'informations sur l'évolution globale de la personne.

Objectif :

- A partir du 1^{er} septembre 2021, les projets de vie (PSP) seront actualisés tous les ans. Nous garderons la réunion globale de concertation tous les 2 ans mais nous procéderons à une actualisation l'année suivante au niveau des habitudes de vie et des objectifs poursuivis ;
- A partir du 1^{er} septembre 2021, les objectifs prioritaires devront systématiquement reprendre des éléments concernant la proposition d'activités faite au résident (ses activités préférées, l'intégration dans son planning d'activités).

6.3. Partenariat avec la famille

L'objectif global des services est de **veiller à la santé, à l'épanouissement et à l'intégration des personnes** qui leur sont confiées, dans une relation de partenariat avec elles, avec leur famille et éventuellement avec d'autres intervenants concernés. Un projet individuel, précisant des objectifs, des moyens et des procédures d'évaluation, concrétise ce partenariat » (source AVIQ).

L'accueil d'un résident s'appuie sur les professionnels qui auront à gérer le quotidien de l'enfant, tenant compte de sa famille et des souhaits de celle-ci.

Force est de constater qu'en services pour jeunes, de plus en plus de situations sont socialement compliquées et entraînent un mandat des services d'aide à la jeunesse.

Le partenariat avec la famille est, dès lors, maintenu pour autant qu'il n'y ait pas d'interdiction. Un partenariat s'établit alors avec le réseau autour de l'enfant : Directeur et délégué du SPJ/SAJ, tuteur,...

Lorsque c'est la famille qui introduit la demande d'hébergement, elle est considérée comme partenaire essentiel du travail mené avec le résident. Des retours en famille sont organisés, des échanges ponctuels, parfois quotidiens, sont encouragés entre les professionnels et les parents.

Les parents/proches des résidents sont invités à participer au bilan après les 3 mois d'essai, ainsi qu'aux réunions reprenant le Projet de Vie de leur enfant (hors Covid).

6.4. Dossier Individuel du Résident

Le service tient un dossier individuel du résident. Celui-ci se compose de plusieurs volets (sous format papier et format informatique), dont les accès sont réservés aux personnes autorisées.

Le dossier comprend :

- un volet psychopédagogique reprenant une analyse des besoins de la personne ; un bilan des connaissances, aptitudes, potentialités et aspirations de la personne ;
- un bilan psychologique dont la psychologue référente est responsable ;
- un bilan médical conservé au sein du service médical ;
- un bilan paramédical (ergo, logo, psychomot, kiné) réalisé par les paramédicaux et dont les conclusions sont diffusées ;
- une anamnèse sociale ainsi que certaines dispositions légales et demandes particulières (service social).

Objectif :

- L'objectif sera de développer un dossier informatisé unique, permettant d'avoir des accès informatiques (suivant les fonctions et les règles d'accès) afin de partager plus efficacement les informations et éviter les redondances d'informations dans les différents volets. Ce projet devrait se concrétiser en 2025.

7. Politique d'accueil

7.1. Procédures et critères d'admissions

La procédure d'admission vise à définir l'admissibilité du candidat-résident et à dégager une image la plus fidèle possible de celui-ci.

7.1.1. Prise de contact.

Un premier contact, à l'initiative d'un organisme mandant, d'une famille, d'une institution ou d'un service tiers est adressé à notre service social.

Il est alors demandé au responsable légal du candidat résident de fournir un maximum d'informations sur la situation de la personne auprès de notre service social (bilans). Sur base de ces premiers éléments d'information, la Cité de l'Espoir détermine si elle est en capacité de répondre à la demande d'admission (en regard de ses agréments et conditions internes). Si la réponse est positive, l'information est communiquée au responsable légal précisant que le candidat résident correspond aux profils généraux accueillis par la Cité de l'Espoir et pourra être sollicité pour un examen d'admission quand une possibilité d'entrée se présentera.

7.1.2. Examen d'admission

Pour éviter de créer une attente qui ne pourra être rencontrée rapidement, la Cité de l'Espoir ne réalise un examen d'admission que si la probabilité d'un accueil est grande (place disponible pour un profil proche du candidat résident). Quand c'est le cas, une date est fixée de commun accord avec le responsable légal ou le mandant du candidat résident pour un examen d'admission. Celui-ci se déroule sur une demi-journée. Pour cet examen, la présence du candidat résident est requise.

Il s'agit de rencontrer le candidat résident (et ses proches) et de l'informer sur les prestations possibles, les activités proposées, la vie quotidienne, le ROI, la convention de séjour. Les aspects administratifs et financiers sont abordés ainsi que le dispositif de protection juridique.

Une commission d'admission est constituée. Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire composée d'un assistant social, du médecin psychiatre, d'un médecin généraliste et d'un psychologue. Cette commission d'admission prend connaissance de toutes les informations disponibles dans le dossier de candidature de la personne et propose un examen (dans le cas du médecin) et un entretien (dans le cas du psychologue et de l'assistant social). Cette procédure a pour but d'affiner au maximum le profil du candidat afin de vérifier que celui-ci correspond bien aux publics-cibles de l'institution. C'est aussi l'occasion d'identifier les besoins et les attentes du candidat-résident et de ses proches, et de déterminer l'adéquation avec les services proposés par la Cité de l'Espoir. Le bilan d'admission a aussi pour objectif d'établir une vision précise mais aussi positive de la personne, dans ses capacités et attentes. Cet examen d'admission est aussi l'occasion d'affiner les renseignements procurés aux familles. A l'issue de cette demi-journée, nous communiquons au responsable légal le délai approximatif (maximum 15 jours) dans lequel il recevra une réponse quant à l'admissibilité de la personne.

Cette commission se prononce collégalement sur l'admissibilité du candidat. Cette décision est prise sur base des aspects sociaux, pédagogiques et médicaux uniquement.

Une visite des services de la Cité (lieux de vie, lieux d'activités, domaine) est proposée au responsable légal et au candidat résident, afin qu'ils puissent découvrir l'établissement dans son ensemble, d'en présenter les atouts et particularités, mais aussi les objectifs et les valeurs défendues par nos services. Cette visite peut se faire à une date ultérieure à l'examen d'admission.

Etant donné l'émotion souvent palpable lorsqu'un accueil est envisagé en service d'hébergement, nous insistons sur la place centrale de la personne dans les décisions du quotidien (en regard du degré de compréhension), de la place de la famille élargie dans l'accompagnement de la personne, des visites de la famille, des retours en famille, de la place de la famille dans la vie du service.

7.1.3. La réunion de la Commission d'admission

Cette réunion se tient dans la foulée de l'examen d'admission. Les membres de l'équipe pluridisciplinaire mettent en commun les informations recueillies et se prononcent sur l'admissibilité du candidat. Le responsable légal du candidat-résident est prévenu de cette décision au plus tard dans les 15 jours après l'examen. A ce moment trois scénarii sont :

- soit le profil de la personne correspond à celui d'une place disponible et nous déterminons avec la famille la date d'entrée effective (maximum 1 mois après cette communication) ;
- soit le profil de la personne ne correspond pas à la place disponible. La famille en est prévenue et le candidat reste inscrit sur une liste d'attente ;
- soit le profil de la personne ne correspond pas aux profils généraux pouvant être accueillis au sein des foyers de la Cité de l'Espoir. Dans ce cas, le responsable légal est prévenu du caractère non-admissible de la candidature et qui lui est expliqué.

7.2. Orientation du résident dans notre offre de services

En fonction du profil de la personne admise et de l'examen d'admission, la personne est orientée vers un lieu de vie et un groupe de vie adaptés à son profil. Cette orientation se fait sur base des éléments d'informations récoltés lors de l'examen d'admission, en concertation avec les différents staffs pluridisciplinaires.

Suite à cette orientation, quand le lieu de vie de la personne a pu être défini, la date possible d'admission est déterminée avec le responsable légal. Une proposition de visite du lieu de vie où sera accueilli le candidat résident est proposée, ainsi qu'une rencontre avec les professionnels susceptibles d'intervenir auprès du résident (éducateurs, logopèdes, ergothérapeutes, psychomotriciens, kinésithérapeutes). Quand le résident fréquente déjà un service spécialisé, cette rencontre sera aussi proposée aux professionnels de ce service afin d'assurer une continuité des soutiens apportés à la personne.

Des réunions spécifiques peuvent être organisées par la suite pour organiser au mieux la transition et la continuité des habitudes de vie et des acquis.

La durée de la période d'essai est fixée à trois mois. Ces trois mois sont consacrés à une prise de connaissance au quotidien des capacités, goûts et besoins de la personne, dans le cadre de son groupe de vie et dans les différentes activités et possibilités d'ateliers qui lui sont proposées.

Un bilan dans les différentes disciplines paramédicales est aussi réalisé. Si un besoin paramédical important est identifié à l'admission, la prise en charge paramédicale sera mise en place directement.

Le bilan de cette période de 3 mois est établi sur base d'une mise en commun prenant en compte les avis des équipes éducatives, des psychologues, des paramédicaux, des équipes de nuit, des médecins, etc.

La famille est invitée à participer à cette réunion de bilan de la période d'essai. Outre la famille dont la présence est requise, l'équipe éducative, le psychologue référent, l'assistant social, le chef de groupe référent participent à cette réunion. Une synthèse écrite est réalisée, reprenant les différents avis et observations des personnes concernées selon un canevas préétabli.

En fonction des observations de ce premier bilan et des observations de la famille, une décision d'admission définitive est prise et les parties s'accordent sur un premier projet de soutiens personnalisés qui sera mis en œuvre, puis évalué au bout d'une année.

Il peut arriver que la période d'essai conclue à une mauvaise orientation. Dans ce cas, les critères seraient une inadéquation entre les capacités du résident et ce que nous pouvons lui proposer. Il peut également s'avérer que l'orientation définie au départ (dans un programme-cadre et vers un foyer de vie) ne s'avère pas la plus pertinente ou que la période d'admission soit trop courte pour donner un avis définitif. Dans ce cas, il est proposé une nouvelle période d'essai de 3 mois, reprenant la même méthodologie, pour affiner l'évaluation ou essayer un nouveau cadre d'accueil (programme-cadre et foyer).

7.3. Procédure et critères de réorientation

Une réorientation du résident peut être envisagée selon deux cas de figure :

- soit une réorientation interne vers un autre service ou programme-cadre de la Cité de l'Espoir ;
- soit une réorientation vers l'extérieur, pour un autre service adapté ou pour un retour en famille.

Une décision de réorientation se fondera toujours sur l'adéquation entre notre agrément, notre offre de services et les capacités/besoins/désirs du résident. Cette adéquation est vérifiée lors de l'évaluation du projet individuel, que ce soit après la période d'essai ou de manière biannuelle (au minimum). S'il y a une inadéquation avérée entre les besoins et les services proposés, un transfert vers un autre service de la Cité de l'Espoir ou un service extérieur sera envisagé. Une réorientation peut également être envisagée en fonction des dimensions socio-pédagogiques, à savoir la dynamique de groupe dans laquelle évolue la personne, ses relations interpersonnelles avec les autres résidents, etc.

Une décision de réorientation en interne sera toujours communiquée et argumentée au préalable à la famille et/ou au représentant légal de la personne. L'intégration d'un nouveau service ou groupe de vie fera l'objet d'une période d'essai de 3 mois, clôturée par un bilan d'essai qui sera soumis au représentant légal.

Une décision de réorientation peut également être envisagée à la demande de la famille, dans le seul cas d'une demande de sortie de nos services pour diverses raisons (rapprochement familial, choix d'un autre type de services, etc.).

7.4. Règlement d'ordre intérieur et convention d'accueil

Le règlement d'ordre intérieur comprend l'identification exacte (dénomination, siège, nature, forme légale) de la personne juridique chargée de la gestion du service, fait mention de la date de l'agrément, de la durée de celui-ci et nomme le Directeur général.

Le ROI comporte les objectifs du service et l'ensemble des services offerts, avec une description globale des bénéficiaires à accueillir ou à héberger. Il mentionne également les conditions spéciales d'admission liées notamment à la période d'essai, les caractéristiques spécifiques des bénéficiaires, les retours en famille, la collaboration avec les établissements d'enseignement, la participation financière, la représentation juridique, les circonstances pouvant donner lieu à la réorientation ou au congédiement de la personne handicapée du service, la durée du préavis, les modalités de mise en œuvre du conseil des usagers, les modalités d'introduction des réclamations, les droits et obligations mutuels du bénéficiaire, de son représentant légal et du service ainsi les risques couverts par les polices d'assurance souscrites par le service.

La Convention d'accueil est un contrat qui lie le service d'hébergement et la personne accueillie. Elle comprend les coordonnées précises du résident et de son représentant légal. Elle prévoit la période d'essai et la participation financière. Elle envisage, enfin, les modalités de fin de prise en charge.

Le ROI fait partie intégrante de la convention de séjour.

7.5. Gestion des biens

Chaque résident au sein de la Cité de l'Espoir, qui a 18 ans, doit avoir un représentant légal identifié pour réaliser un suivi de ses avoirs financiers.

Dans le cas où le représentant n'est pas identifié, le Service Social est tenu de réaliser des démarches en collaboration avec les familles / proches afin de mettre la personne porteuse de handicap en sécurité. Une requête est, ensuite, complétée afin de saisir le Juge de Paix du premier canton de VERVIERS. L'audience sera, dès lors, un moment d'échange entre les membres de la famille (s'il y en a), l'Institution et le résident dans le but de permettre au Juge de Paix de rendre une décision la plus adéquate en lien avec l'histoire du résident.

La gestion des biens implique une rigueur pour le représentant puisque cette personne est tenue de rendre des comptes annuellement à la Justice de Paix.

7.6. Conseil des usagers

En raison de la diversité des profils des groupes de vie et des résidents, nous avons plusieurs conseils des usagers. Ainsi, au niveau des nouvelles résidences inclusives, nous avons un conseil des usagers par résidence. Pour les lieux de vie sur le Domaine des Croisiers, accueillant généralement des personnes avec des capacités de communication et de cognition plus limitées, nous avons mis en place des Conseils des usagers par sous-groupes, avec des représentants (pavillons, polyhandicap, rez-de-chaussée).

Ces Conseils des Usagers se réunissent selon des fréquences variables, tous les thèmes peuvent être abordés. Ils sont mis en place à l'initiative des psychologues, chefs de groupe et assistantes sociales, avec le soutien des paramédicaux (ergothérapeutes, logopèdes) et de certains éducateurs.

7.7. Traitement des réclamations

Nous avons mis en place un « Registre des doléances » à destination des responsables légaux de nos résidents de sorte que ces derniers puissent s'exprimer sur les problèmes qu'ils constateraient vis-à-vis de leur parent hébergé. Dès la réception d'une doléance, la direction (dont le département est concerné) est sollicitée pour réaliser un suivi et apporter une réponse. Le registre des doléances comprend ainsi les doléances (la date et les faits), le suivi entrepris et les réponses apportées.

Le sujet de la plainte pouvant être varié (disparition de vêtements, manque de médication, etc.), nos assistants sociaux, soumis au secret professionnel, resteront toujours attentifs à garantir l'anonymat du plaignant si nécessaire.

Par ce biais, nous espérons éviter que des comportements inadéquats restent cachés ou tus et, le cas échéant, ne débouchent sur de la maltraitance. Ce travail préventif est géré par les assistants sociaux de l'institution qui, toujours à l'écoute des parents, relayent systématiquement les informations vers la Direction qui détient ainsi toutes les informations utiles aux actions à mener dans l'intérêt de la personne concernée. L'objectif de ce registre est de pouvoir renforcer la communication transparente entre chaque partie mais également de pouvoir tendre vers un mieux dans le cadre du suivi de nos résidents.

7.8. Politique de sanctions et de gestion des contentions

La prévention de la maltraitance fait partie d'une politique de promotion de la Bientraitance. Dans un contexte institutionnel, comme dans un contexte familial, des gestes, des attitudes, des fonctionnements peuvent être maltraitants sans qu'ils ne soient envisagés comme tels ou réalisés sciemment. La Cité de l'Espoir a poussé une réflexion participative avec l'ensemble des professionnels pour se doter d'un référentiel¹⁰ qui donne des repères pour prévenir cette maltraitance et promouvoir une culture du débriefing de nos pratiques. Ce référentiel définit clairement les procédures de

¹⁰ Cfr Annexe 5: Référentiel Prévention de la Maltraitance

signalement à mettre en œuvre en cas de situations de maltraitance constatées. Ce référentiel reprend également 11 principes régissant l'emploi éventuel d'une sanction envers un résident.

Une nouvelle procédure de gestion des contentions est également d'application depuis le 1^{er} avril 2021, afin d'en limiter l'utilisation, d'en formaliser l'utilisation et d'évaluer ces contentions de manière régulière. Toutes les pratiques de contention ou d'isolement doivent faire l'objet d'une autorisation médicale, après investigation de toutes autres pistes pédagogiques pour éviter cette convention. Un travail de sensibilisation des équipes éducatives et de soins sera entrepris tout au long de l'année 2021 et de l'année 2022 (discussions en équipe avec le chef de groupe référent et le psychologue référent).

7.9. Politique d'ouverture du service

7.9.1. Collaborations avec d'autres services et associations

Des contacts réguliers sont entretenus avec d'autres services et associations avec pour démarche de susciter des réflexions communes sur des aspects pédagogiques ou institutionnels (accompagnement du vieillissement, gestion des troubles du comportement, bienveillance des personnes polyhandicapées, etc.). : Le Chèvrefeuille, Les Acacias, La Roseraie, AP3 Wallonie, La Douceur des Coteaux Mosans, Mirabelles, Maison Saint Edouard, Les Oliviers, Institut Saint-Lambert (Bonneville), IMP de Ciney, HAIM, etc.

Les usagers d'une dizaine de services et d'écoles spécialisées de la région fréquentent notre piscine. Des associations locales (Foi et Lumière), les diverses mutuelles nous prêtent également leur concours pour des activités à caractère d'insertion. Plus récemment, certains de nos résidents ont trouvé harmonieusement leur place dans un groupe de loisirs pour adultes handicapés mentaux « Les Biolles », asbl du village voisin de Thimister-Clermont.

Une collaboration avec les mouvements de la jeunesse de la région s'est construite depuis 2013 avec comme projet commun, la réalisation de l'évènement « La Cité Roule » durant lequel plus de 150 scouts, guides et patronnés viennent rouler en cuistax avec nos résidents sur un parcours balisé.

7.9.2. Collaborations avec les établissements académiques

Nous entretenons également des relations constantes avec l'ensemble des écoles d'éducateurs de la province, tant au niveau de la contribution à la formation des étudiants via les stages, que par la participation de nombreux professionnels de nos SRJ dans les jurys de fin d'étude de ces écoles.

Citons encore de relations suivies avec la Haute Ecole André Vésale de Liège pour ce qui concerne la supervision de stages de logopédie et d'ergothérapie, et la participation aux jurys de fin d'études. Notre spécialisation et notre expérience en handicap mental sont reconnues et souvent sollicitées.

Nous collaborons dans le cadre du projet commun VERVI, qui a pour but l'échange de pratiques et d'outils dans l'accompagnement du vieillissement des personnes handicapées sur l'arrondissement de Verviers.

7.9.3. Situation future : objectifs à moyen et long terme

Nous souhaitons continuer et formaliser davantage nos collaborations et nos échanges avec d'autres institutions (IMP Saint-Lambert de Bonneville, IMP de Ciney, Château Vert, Douceur des Coteaux Mosans, HAIM), notamment sur les aspects :

- Développement et formalisation d'une Politique de Bientraitance s'appuyant sur notre projet de service ;
- Accueil et prises en soins des personnes polyhandicapées ;
- Accueil et accompagnement des personnes autistes ;
- Développement de logements inclusifs et pratiques d'inclusion ;
- Gestion des troubles du comportement.

Nous souhaiterions créer un réseau de collaboration autour du polyhandicap, avec la collaboration et le soutien de l'AP3 Wallonie.

8. Fonctionnement et organisation

8.1. Organisation des lieux de vie et des activités

Le premier principe d'organisation concerne l'affectation et la formation des professionnels attachés aux groupes de vie. Une équipe éducative est constituée pour assurer l'encadrement et le soutien du groupe de vie. Cette équipe travaille en concertation avec un infirmier, un logopède, un ergothérapeute et un psychomotricien. De plus, un chef de groupe référent y est attaché ainsi qu'un psychologue référent, un assistant social référent. Un kiné y intervient sur base d'une prescription médicale. L'objectif est de soutenir une approche pluridisciplinaire et transdisciplinaire autour du résident. L'équipe éducative constituée pour l'accompagnement des résidents au sein du lieu de vie est fixe. Elle reçoit une formation spécifique en regard des spécificités du groupe de vie, des programmes-cadres dans lesquels il s'intègre. Il en va de même pour les chefs de groupes référents, les psychologues référents et les paramédicaux concernés (ergo, infirmier, logo, kiné, psychomot).

Le deuxième principe d'organisation sera celui de la **distinction entre les lieux de vie des personnes et les lieux d'activités/ateliers**. Chaque résident habite un lieu de vie, au sein duquel il reçoit tous les soutiens nécessaires à une vie quotidienne comparable à la vie à domicile. Chaque résident se voit également proposer des ateliers et activités dans des lieux distincts de ce lieu de vie, en fonction de ses goûts et capacités, et selon une fréquence et une intensité variables. Les ateliers et les activités extérieures seront proposées soit :

- Par les éducateurs du lieu de vie de la personne ;
- Par des éducateurs coordonnant spécifiquement un atelier ou une activité collective.

De plus, une série de professionnels paramédicaux (logo, ergo, psychomotriciennes, kiné) proposent des séances d'intervention individualisées ou collectives ayant une visée d'apprentissage, de maintien des acquis ou thérapeutique. Ces interventions se font dans le lieu de vie ou dans un lieu spécifique (salle kiné, salle de psychomotricité, etc.).

Cependant, des propositions d'activités et de séances d'apprentissage sont également faites au sein du lieu de vie, mais dans des pièces ou des espaces clairement définis.

8.2. Procédures de coordination et de concertation

8.2.1. Les instances de concertation sociale

Au premier plan des procédures de concertation et de coordination figurent les instances de décision et de concertation sociale.

La gestion est assurée de manière moniste par la chaîne traditionnelle Assemblée générale, Conseil d'Administration et Délégation à la gestion journalière. Cette dernière est assurée par un Directeur général assisté par un Comité de Direction de 4 autres Directeurs. Un de ceux-ci détient, au même titre que le Directeur général la signature de l'institution.

Vu la taille de l'institution, un Conseil d'Entreprise et un Comité pour la Prévention et la Protection des Travailleurs sont obligatoires. Le premier est composé de 9 membres (et autant de suppléants) alors que le second est composé de 8 membres (et autant de suppléants). Les deux se réunissent une fois par mois pour discuter, d'une part, de la gestion de l'institution et de ses aspects économiques et sociaux et, d'autre part, de la politique de prévention des accidents de travail et de l'amélioration des conditions de travail.

Ces instances sont complétées de délégations syndicales reprenant les 3 grandes organisations. Une réunion mensuelle les rassemble également.

8.2.2. La méthodologie participative

Nous développons de manière régulière des démarches participatives pour le développement de projets ou de bonnes pratiques. Ainsi, ces dernières années, nous avons développé des groupes de travail, mobilisant des professionnels de première ligne comme des responsables de service venant de différents horizons sur des thèmes tels que :

- Les projets d'externalisation (devenues nouvelles résidences inclusives) ;
- Le développement d'une politique Vie Affective Relationnelle et Sexuelle (VARS) ;
- La réflexion sur l'approche en soins palliatifs de nos résidents ;
- La mise en place d'une collaboration avec des organismes de soins extérieurs (ASD, groupements infirmiers indépendants) ;
- ...

Ce projet de service énonce déjà la mise en place de plusieurs groupes de travail thématiques :

- Groupe de travail sur l'autisme ;
- Groupe de travail sur l'alimentation ;
- ...

8.2.3. Les temps et lieux de coordination pédagogique

Le temps de réunion d'équipe par lieu de vie doit être mis à profit pour échanger toutes les informations utiles à un accompagnement cohérent des résidents, autant individuellement (infos particulières concernant un résident) que collectivement (vie du groupe). Cet échange d'information doit assurer la cohérence éducative et la bonne continuité de l'accompagnement proposé. Le temps de réunion d'équipe est mis à profit pour différents exercices de coordination :

- Planification d'activités ou de sorties ;
- Mise à jour du dossier individuel du résident ;
- Mise en commun d'observations à propos d'un résident ;
- Prise de connaissance d'un dossier et discussion de celui-ci ;
- Préparation d'une réunion d'équipe ou d'une réunion de PSP.

Les réunions d'équipe par lieu de vie se font en présence du chef de groupe référent et d'autres intervenants éventuels en fonction des nécessités (médecins coordinateurs, psychologue référent,

paramédicaux, assistant social référent). La présence du chef de groupe référent permet la validation de prise de décision commune à l'équipe éducative du lieu de vie. Chaque décision prise en réunion d'équipe fait l'objet d'un court rapport de réunion et doit être respectée par tous les membres de l'équipe. En cas de désaccord, la décision peut être rediscutée uniquement lors d'une réunion d'équipe suivante. Les personnes absentes à la réunion sont tenues par le même devoir de cohérence.

Le temps de recouvrement nuit-matin (7h – 7h05/7h21) et soir-nuit (20h30/20h50 – 21h) sont destinés à des échanges entre les équipes de nuit et les équipes de jour. Ces temps d'échange oraux sont également soutenus par un cahier de liaison spécifique et les cahiers de communication propres à chaque lieu de vie.

La réunion de « staff pluridisciplinaire » rassemble la direction pédagogique, la direction paramédicale ainsi les cheffes de groupe, cheffes-infirmières, psychologue et assistante sociale référentes du SRJ. Des réunions de staff SRJ sont ponctuellement organisées, mais dans les faits, ce staff s'intègre dans une dynamique plus large. Ces staffs ont pour mission d'examiner et de donner avis sur des situations-problèmes ou des suggestions concernant des résidents. Ils examinent les suggestions, les avis, les impulsions ou problèmes soumis par les équipes éducatives. Les staffs ont un pouvoir de décision pour toutes les matières pédagogiques et paramédicales. Pour des situations-problèmes comportant des éléments de nature paramédicale ou médicale, invitation peut être faite aux médecins coordinateurs ou aux paramédicaux susceptibles d'apporter une réponse autorisée. Il en va de même pour les responsables de nuit, pour des situations concernant l'évolution globale du résident. Les staffs se réunissent tous les quinze jours, sur base d'un ordre du jour prédéfini, débutant toujours par le suivi des décisions. Un Procès-Verbal est systématiquement dressé en séance, et partagé informatiquement par tous les membres du staff concerné.

Les réunions d'interstaffs rassemblent les trois staffs (adultes et mineurs) ainsi que les responsables des équipes de nuit afin d'apporter des réponses concertées sur les principes d'organisation transversaux à tous les lieux de vie et résidents. Il vise également au partage de réflexions pédagogiques, paramédicales et éthiques. Les réunions d'interstaffs visent une plus grande cohérence pédagogique au sein des différents services et équipes.

8.2.4. Les lieux et temps de coordination des soins et du suivi médical

L'institution s'inscrit dans une professionnalisation de la prise en charge médicale et paramédicale.

Permettre au résident de participer aux différentes activités, à son projet de vie individuel et ce, dans le meilleur encadrement possible tant sur le plan pédagogique que médical est le but nourri par les différents professionnels de la Cité de l'Espoir.

Le service médical, composé de médecins généralistes et spécialistes, peut se reposer sur une équipe paramédicale renforcée. Cette dernière comprend des infirmières et des kinésithérapeutes.

Assurer un suivi médical et paramédical avec cohérence, rigueur, professionnalisme et efficacité ne peut se faire qu'à la condition sine qua non d'être à l'écoute de la personne handicapée et des différents intervenants prenant en charge le résident.

Les services (para)médicaux doivent apporter leur aide, leur expertise aux équipes pédagogiques afin que ces dernières puissent valoriser les acquis et les possibilités du résident dans le cadre de son projet de vie individuel.

✓ **Equipe de soins transversale et pharmacie**

La salle de Soins regroupe le personnel infirmier et aide-soignant. Elle bénéficie d'une infrastructure adaptée avec un centre de préparation des médicaments (préparation nominative individuelle et hebdomadaire). Depuis 2020, nous avons installé un système de PMI robotisé afin d'assurer une délivrance des médicaments plus sécurisée.

Equipée d'un réseau informatique permettant la gestion du dossier médical de chaque bénéficiaire, elle est le lieu où se collectent toutes les informations médicales, sociales et pédagogiques nécessaires au bon suivi de la santé de la personne hébergée.

Elle se trouve à proximité du secrétariat médical (qui gère la partie administrative : prise de RDV, gestion des autorisations de remboursement, des stocks de pharmacie...), des bureaux médicaux et de la salle d'examen (lieu aménagé pour accueillir les résidents valides ou non nécessitant un soin spécifique comme une suture par exemple)

✓ **Infirmierie**

Dans l'attente d'une modification de son infrastructure (et ce dans un avenir proche), l'infirmierie se divise en une partie psychiatrique et répit (pour l'observance de troubles comportementaux) et une partie somatique (pour les problèmes médicaux physiques)

Equipée d'oxygène mural, elle peut accueillir des cas médicaux nécessitant une prise en charge « compliquée » tout en garantissant le bien être de tout un chacun.

Les patients, bien qu'ils puissent continuer à bénéficier d'un encadrement pédagogique, sont soignés d'une façon plus intensive que dans leur foyer

Le but recherché est de retrouver, dans les délais les plus brefs, une autonomie permettant ainsi un retour dans son lieu de vie. L'infirmierie peut accueillir pour de brefs séjours de convalescence ou de répit nos jeunes résidents.

Grâce à ce service, nous pouvons également éviter des hospitalisations ou accueillir nos résidents en post-hospitalisation dans de bonnes conditions. De même l'infirmierie peut accueillir nos résidents en fin de vie, grâce à l'aménagement d'une chambre palliative.

✓ **Salle de kinésithérapie**

Notre institution dispose de deux salles de kinésithérapie équipées du matériel nécessaire à une prise en charge optimale tant sur le plan de la rééducation que sur la plan de « l'entretien physique ». Nous pouvons donc y rencontrer des résidents bénéficiant de soins spécifiques en séance individuelle ou d'autres en séance collective pratiquant du vélo d'appartement, du tennis de table, etc.

En plus de notre équipe de kinés salariés, nous avons développé une collaboration avec 7 kinés indépendants, ce qui nous permet d'assurer une rencontre optimale de tous les besoins de nos résidents.

8.2.5. Les outils de communication et de coordination autour du résident

Le Plan de Soutiens Personnalisé constitue le principal outil de concertation et de coordination concernant le résident. Tout éducateur ou professionnel apportant un soutien de manière régulière à un résident est tenu de prendre connaissance de ce document et de l'alimenter si nécessaire.

Le dossier de vie du résident reprend les différents projets de vie de la personne, son parcours de vie, des grilles d'observations spécifiques, etc. Il est complémentaire au dossier médical (volet présent au service médical, Care +) et au dossier administratif et social de la personne (volet présent au service social).

Le cahier de communication du lieu de vie permet une communication sur la vie du groupe (une information concernant une activité prévue, une consigne générale de travail) ou la situation individuelle d'un résident (observations d'un comportement, d'une consigne qui lui est spécifique, etc.). Des informations médicales, paramédicales ou sociales y sont consignées par les professionnels habilités. Le cahier de communication permet un échange d'informations portant sur de l'immédiat ou du court terme.

La farde organisation et procédures reprend un certain nombre de procédures (accueil, PSP, contention, etc.) et de référentiels (VARs, maltraitance, etc.) que les professionnels travaillant dans les groupes de vie doivent connaître.

Les tableaux d'activités spécifiques à chaque lieu de vie sont établis sur une base bihebdomadaire, faisant état des projets d'activités pour chaque résident du lieu de vie. Il est de préférence affiché et facilement accessible, afin de permettre aux intervenants extérieurs au lieu de vie de se coordonner dans leurs propositions de soutiens ou d'interventions (kinés, logo, ergo, psychomot, éducateurs-coordonateurs d'activités, assistants sociaux). Ces tableaux d'activités sont également utilisés pour évaluer sur une période plus longue la fréquence des activités proposées à un résident et à équilibrer les propositions d'activités entre résidents.

La farde médicale permet de garantir le suivi thérapeutique des résidents. Il est un outil de communication privilégié entre le staff médical et l'équipe éducative et de soins qui travaillent au quotidien avec les résidents. Il reprend, entre autres, la fiche médicale individuelle du résident ainsi que le relevé des selles, le suivi pondéral et le relevé des crises d'épilepsie, ainsi que les consignes médicales et suivis apportés.

La feuille de liaison a été conçue afin d'assurer le suivi du résident tout au long de son séjour à l'infirmerie et lors d'une hospitalisation. Il reprend les données administratives et le motif de l'hospitalisation, la vision globale du résident, son autonomie fonctionnelle et son régime alimentaire. Il décrit également les comportements habituels du résident, ses habitudes journalières ainsi que les mesures mises en place pour garantir sa sécurité. Lors de son transfert une check-list des effets personnels du résident est réalisée afin de s'assurer qu'il puisse bénéficier de ses effets personnels.

La grille d'évaluation de la douleur San Salvador (D.E.S.S) est d'autant plus utile qu'un grand nombre de nos résidents n'ont pas accès à la parole ou de manière restreinte. La grille d'évaluation de la douleur « San Salvador » s'articule autour de 2 volets. Le premier est le dossier de base qui nous permet de comprendre le plus précisément possible le mode de communication, de réaction ainsi que le potentiel cognitif et moteur du résident dans les différentes situations de la vie quotidienne. Le

second volet est la grille d'évaluation qui objective tous phénomènes douloureux en se basant sur plusieurs items répartis en 3 groupes : les signes d'appels de la douleur (pleurs, mimiques, gémissements), les signes moteurs (réaction de défense, protection des zones douloureuses, accentuation du tonus, ...) et les signes de régression psychique (intérêt pour l'environnement, attitude antalgique, ...).

Les fiches de cohérences et de soins sont complétées par les psychologues référentes lors d'admission ou de transfert au sein de l'institution afin de dresser le portrait des besoins et préférences du résident. Les différentes rubriques concernent notamment : l'alimentation/hydratation, les soins, le sommeil, les déplacements, la communication, le médical/paramédical. Elles sont détaillées afin d'accueillir au mieux le résident au sein de son nouveau foyer de vie. Les fiches se veulent visuelles et sont destinées à être affichées à des endroits stratégiques du foyer afin d'avoir toujours sous les yeux les informations clés relatives au résident.

Les grilles d'évaluation sensorielle sont utilisées pour dresser le profil sensoriel de la personne, d'évaluer ses forces et ses faiblesses. Une intervention peut être élaborée en fonction de ses besoins spécifiques (hyper ou hypo sensible). Cette évaluation se base d'une part, sur une observation des réactions de la personne face à son environnement sensoriel quotidien et d'autre part sur une mise en situation lors de tests spécifiques. Nous nous aidons essentiellement des évaluations E.S.A.A.¹¹ et DUNN¹². L'établissement du profil sensoriel de la personne nous guide dans la mise en place de stratégies appropriées vis-à-vis d'une réactivité sensorielle parfois inadaptée comme les cris ou l'automutilation ou pour améliorer le confort de vie de la personne (agir sur la luminosité de la pièce, la texture des vêtements, les éléments apaisants...).

Objectif : la mise en place d'un outil informatique reprenant ces différents outils de communication facilitera leur utilisation.

8.2.6. Les outils de communication et de coordination des soins et du suivi médical

✓ **Au niveau médical**

L'équipe de médecins est soumise à un horaire permettant l'échange d'informations utiles à la bonne observance médicale. Ainsi chaque généraliste peut être, au cours de la semaine, en contact avec les différents partenaires de soins (paramédicaux et spécialistes).

Une réunion médicale pluridisciplinaire (nommée « collégiale médicale ») est organisée chaque lundi après-midi en présence des directions paramédicale et pédagogique, suivie de la rédaction d'un PV qui est envoyé aux différents staffs pluridisciplinaires.

✓ **Au niveau infirmier**

Le temps d'interéquipe (13h30-14h30) est utilisé par les équipes infirmières pour échanger toutes les données médicales nécessaires à la bonne observance des soins effectués ou à faire.

¹¹ E.S.A.A : Evaluation Sensorielle d'Adulte avec Autisme

¹² WINNIE DUNN : profil sensoriel

Cette heure consacrée aux rapports permet un échange constructif entre les différents intervenants mais aussi une mise à jour des dossiers médicaux.

Le temps de recouvrement nuit-matin et soir-nuit est dédié aux informations médicales essentielles communiquées tant par écrit que par voie orale, permettant ainsi une continuité des soins.

✓ **Les outils spécifiques de communication et de coordination**

Le service se repose sur la gestion d'un **dossier médical informatisé**. Ce dernier contient toutes les données de vie du bénéficiaire, il permet le suivi dans le temps de chaque patient. Pour tenir à jour ce type de dossier, les équipes s'appuient sur **un cahier de liaison** commun aux équipes de soins de jour comme de nuit (Care +).

Un **cahier médical** sert également de lien entre les équipes paramédicales et les médecins, y sont notés tous les cas médicaux nécessitant un avis du généraliste. Pour avis auprès du psychiatre, un **cahier de liaison** permet de signaler tout patient qui nécessite une expertise spécialisée.

Les prises en charge paramédicales sont établies et communiquées par l'intermédiaire de prescriptions spécifiques rédigées par les médecins.

9. Personnel

9.1. Organigramme hiérarchique

Vous trouverez en annexe¹³ l'organigramme hiérarchique de l'établissement (SRJ et SRA compris).

9.2. Volume d'emploi par fonction

Assistant social	2,59
Chef de groupe	8,26
Chef éducateur/trice	0,41
Commis	0,21
Comptable classe 1	2,60
Directeur/trice classe 1	4,45
Econome	1,86
Educateur/trice classe 1	34,08
Educateur/trice classe 2a	116,72
Educateur/trice classe 2b	17,58
Educateur/trice classe 3	57,91
Gradué/e (bachelier) écon., jurid., admin.	0,46
Gradué/e (bachelier) kiné, logo, ergo.	9,18
Infirmier/ière breveté/e	11,61
Infirmier/ière gradué/e	9,25
Licencié/e (master) écon., jurid., admin.	3,42
Licencié/e (master) kiné, logo, ergo.	0,93
Licencié/e (master) psycho, péda, psycho-péda.	4,82
Médecin généraliste	0,40
Médecin spécialiste	0,20
Ouvrier/ière catégorie 1	0,64
Ouvrier/ière catégorie 2	15,66
Ouvrier/ière catégorie 3	7,20
Ouvrier/ière catégorie 4	5,77
Ouvrier/ière catégorie 5	3,26
Psychomotricien/ne	1,86
Puéricultrice	1,65
Rédacteur/trice	6,60
Technicien/ne électronicien/ne a2	1,45

Il s'agit d'une photo de la situation de l'année 2020.

¹³ Cfr annexe 6: l'organigramme de l'établissement.

9.3. Définition des fonctions au sein des équipes pédagogiques et de soins

Il est difficile de réaliser un exercice de présentation de toutes les fonctions qui contribuent au bon fonctionnement de notre établissement. En effet, nous comptons plus de 50 fonctions différentes, tous services, départements et statuts confondus. Tous, à des degrés divers, concourent à un accueil de qualité de nos résidents. Nous avons dès lors choisi de vous présenter ci-dessous une brève description des fonctions pédagogiques et de soins. Ces différentes fonctions font l'objet de descriptif de fonction, que nous faisons évoluer régulièrement.

Les rôles et fonctions au sein des équipes pédagogiques sont en constante évolution. Il est important que la formalisation des rôles et fonctions laisse une certaine souplesse, afin de ne pas rigidifier trop fortement l'organisation du travail. Pour autant, pour chaque catégorie professionnelle nous pouvons définir les grandes lignes qui circonscrivent le rôle défini et les attendus de la fonction.

9.3.1. L'éducateur

L'éducateur accompagne au quotidien la personne handicapée, en la soutenant au maximum dans ses capacités d'autonomie et ses possibilités de choix. De manière générale, les « attendus » dans le travail des éducateurs seront différents en fonction des programmes-cadres dans lesquels ils opèrent. Ces programmes-cadres, pour rappel, précisent et spécifient les caractéristiques et les besoins de différentes populations de personnes handicapées, pour lesquelles des principes d'interventions et des stratégies d'actions différenciées doivent être mises en place.

L'éducateur est le premier acteur professionnel chargé de la mise en œuvre et du suivi du projet de vie de la personne. Le travail d'écoute et d'observation de la personne est primordial, quel que soit le programme-cadre et la personne concernée. L'éducateur est aussi le premier relais vers les autres professionnels et intervenants, pour interpeller ou témoigner d'une évolution négative ou positive de la personne et faire en sorte que le plan de soutiens personnalisé soit toujours le plus adéquat en regard des besoins et demandes du résident.

Il est attendu de chaque éducateur une rigueur et une cohérence dans les soutiens apportés à la personne, une approche empathique fondée sur une écoute active et juste prise de recul quant aux comportements et attitudes observées. L'éducateur s'inscrit toujours dans un travail d'accompagnement et de soutien, qui est collectif, pluridisciplinaire et transdisciplinaire.

9.3.2. L'éducateur-référent

Le système d'éducateur référent concerne tous les éducateurs des services résidentiels. Chaque éducateur se voit attribuer ce rôle auprès de 2 ou 3 résidents du lieu de vie auquel il est attaché. Cette attribution se fait de manière concertée, en réunion d'équipe. Cette attribution est revue de manière

systématique au bout de 3 à 5 ans de fonctionnement, délai au-delà duquel un changement de référent est impératif.

L'éducateur-référent est chargé de :

- Coordonner et centraliser les informations concernant le résident (activités, farde du résident, relevé des comportements, prise en soins paras, agenda d'activités, état de santé général, etc.) ;
- Participer à la préparation de la réunion du Projet de Vie et du Plan de Soutiens Personnalisé du résident (collecte d'infos spécifiques auprès de différents intervenants) ;
- Est reconnu comme un interlocuteur privilégié pour la famille et les proches, il est disponible pour ceux-ci dans ses heures de travail et en lien avec le service social ;
- Participer aux rencontres et réunions portant sur le suivi du résident, au sein de l'institution et parfois en dehors (réunion avec écoles, partenaires, etc.), avec la famille et les proches ;
- Veiller à la bonne tenue des documents et rapports concernant le résident ;
- Assurer le suivi au niveau des réponses à certains besoins personnalisé du résident (vêtement, chaise, chaussure) et événements particuliers (anniversaire, visites de proches, etc.).

En définitive :

- Il s'assure de la cohérence et du bon suivi du projet du résident dans ses différentes dimensions (alimentation, activités, comportements, émotions, médical, etc.) ;
- Etre éducateur-référent n'est pas être responsable de la mise en œuvre (des actions) proposées au résident. L'éducateur-référent interpelle l'équipe et les différents intervenants en cas de difficultés par rapport au suivi du résident et la mise en application de son projet de vie.
- L'éducateur-référent n'a pas une position de supérieur hiérarchique vis-à-vis de ses collègues, il ne peut avoir de relation d'autorité ;
- Au sein de l'équipe : être référent n'empêche pas les autres membres de l'équipe de s'impliquer dans la vie quotidienne du résident et inversement.

9.3.3. Le chef de groupe référent

Le chef de groupe est en charge de la coordination de plusieurs lieux de vie et d'activités. Il est le supérieur hiérarchique des équipes éducatives et leur relais vers la Direction. Les chefs de groupe dépendent directement du Directeur Pédagogique.

Ses missions principales sont de veiller à la bonne organisation du travail, d'en vérifier la réalisation, de garantir l'application des règles, de s'assurer de l'adéquation et de la réalisation du projet de vie des résidents.

Les responsabilités des chefs de groupe sont nombreuses et il n'est pas possible d'en dresser une liste exhaustive. Ces responsabilités concernent tout autant l'organisation des ressources humaines, l'organisation du travail éducatif et le suivi du travail pédagogique mené dans les différents lieux de vie et d'activités dont ils sont référents.

- ✓ Assurer la gestion des services éducatifs au regard des objectifs des lieux de vie et/ou d'activités, le respect des règles établies ;
- ✓ Assurer l'organisation quotidienne du personnel (roulement, absences, quota, étudiants, ...) pour assurer un encadrement adéquat aux résidents ;
- ✓ Apporter un support organisationnel et logistique aux équipes ;
- ✓ Coordonner les actions mises en place et encadrer les équipes éducatives ;
- ✓ Garantir la mise en œuvre du projet de vie de la personne ;
- ✓ Veiller à la planification et à la coordination des activités ;
- ✓ Gérer la dynamique d'équipe ;
- ✓ Procéder à l'évaluation du (des) projet(s) des lieux de vie et d'activités ;
- ✓ Procéder à l'évaluation des membres de son équipe et garantir la qualité de service ;
- ✓ Déterminer les causes de dysfonctionnements, en déduire les actions à mettre en œuvre et les appliquer ;
- ✓ Participer aux différentes réunions de travail et/ou de coordination de l'institution ;
- ✓ Veiller à la rédaction et la diffusion des comptes rendus des différentes réunions d'équipe ;
- ✓ Veiller à la bonne transmission des informations à l'ensemble des équipes et à ses responsables hiérarchiques ;
- ✓ Participer à la gestion financière et administrative des lieux de vie et/ou d'activités ;
- ✓ Assurer une fonction de relais entre les bénéficiaires, les autres intervenants professionnels, les membres de la famille, ... ;
- ✓ Travailler en collaboration avec des partenaires extérieurs ;
- ✓ Assurer le suivi et l'évaluation des stagiaires ;
- ✓ Encourager et soutenir la formation continuée du personnel ;
- ✓ Être le relais de la Direction en son absence.

9.3.4. L'éducateur de nuit

L'éducateur de nuit assure l'accompagnement du résident pour la soirée et la nuit. En fonction des lieux de vie et des personnes concernées, cet accompagnement consistera principalement en une surveillance active afin de s'assurer de la sécurité de la personne, de son bien-être et de son confort. Pour d'autres foyers et personnes handicapées, ayant un rythme de vie plus normalisant, l'accompagnement consistera en une proposition d'activités de soirée, calmes au sein du lieu de vie. Des activités extérieures peuvent être envisagées pour ces personnes mais seront assurées par l'équipe de jour. L'équipe éducative veillera particulièrement à la mise en place de rituels d'endormissement pour la personne, à sa sécurisation et à son confort.

L'équipe éducative de nuit participe activement à l'observation du résident, à travers notamment un relevé des comportements (insomnie, agitations, demandes particulières) et de certains paramètres si cela s'avère nécessaire (température, fiches de selles, etc.). Ces relevés sont communiqués aux équipes de jour ainsi qu'aux instances médicales (médecins, service médical, salle de soins, etc.) via des outils adéquats (cahier de communication du foyer, cahier de liaison à la salle de soins, mail direction pédagogique, etc.). Les équipes de nuit assurent également un accompagnement pour les résidents hospitalisés.

9.3.5. Le responsable de nuit

Le responsable de nuit assure les mêmes missions que l'éducateur de nuit dans le travail au quotidien auprès des résidents. Il assure en complément dans sa fonction de responsable les actions suivantes :

- ✓ Assurer l'organisation quotidienne du personnel (roulement, gestion des absences et des congés, etc.) et gérer la dynamique d'équipe ;
- ✓ Apporter un support organisationnel et logistique aux équipes de nuit ;
- ✓ Coordonner les actions mises en place avec les équipes de jour ;
- ✓ Garantir la mise en œuvre du projet de vie de la personne dans les aspects qui concernent la nuit ;
- ✓ Procéder à l'évaluation des membres de son équipe et garantir la qualité de service ;
- ✓ Participer aux différentes réunions de travail et/ou de coordination de l'institution en fonction des nécessités ;
- ✓ Veiller à la bonne transmission des informations à l'ensemble des équipes et aux responsables hiérarchiques ;
- ✓ Encourager et soutenir la formation continuée du personnel.

9.3.6. Le psychologue référent

Le psychologue assure le suivi psychopédagogique des projets de vie dont il est référent. Il s'assure de la pertinence du projet de vie proposé à chaque résident.

Dès que la situation individuelle de l'enfant le permet, le psychologue effectue les démarches nécessaires à la scolarisation de l'enfant. Il assure également le suivi de celle-ci.

De ce fait, il participe activement à l'élaboration du projet de vie individuel de chacune des personnes, en collaboration avec les équipes éducatives et paramédicales. Il en assure la formalisation et la validité psychopédagogique.

Le psychologue-référent apporte un soutien et un conseil méthodologique et psychopédagogique aux équipes éducatives dans les situations de crise, de comportements-défis (décodage, analyse, observations, etc.) mais aussi dans l'observation de l'évolution du résident et du groupe de vie dans lequel il évolue. Dans cette optique, le psychologue référent peut organiser des réunions pluridisciplinaires centrées sur le développement ou l'évolution de la personne handicapée.

Il procède aux évaluations régulières des personnes handicapées (bilan, mesure qualité de vie, etc.). Pour ce faire, il peut être amené à réaliser des entretiens individuels avec ces personnes (démarche d'écoute et de soutien) ainsi que des observations au sein du milieu de vie (lieu de vie, activités, etc.).

Il participe à la construction des projets pédagogiques des différentes unités de vie qui accueillent les résidents ainsi qu'aux réunions des staffs pédagogiques (cfr infra).

Le psychologue référent participe aux entretiens d'admissions (dans le cadre de la cellule d'admission) pour de nouveaux résidents et réalise les dossiers de demandes de révision à fournir à l'AVIQ, en collaboration avec le service social et le service médical.

9.3.7. Le logopède

Le professionnel logopède propose une intervention individuelle ou collective visant l'évaluation et le développement des possibilités de communication de la personne handicapée dans ses différents milieux de vie (lieu de vie, lieu d'activités, à l'extérieur, etc.). Son travail peut également viser le maintien des acquis langagiers, qu'ils soient oraux, signés ou symboliques. Le travail porte à la fois sur les possibilités de compréhension et d'expression de la personne, moyennant tous les canaux communicationnels possibles (tablettes de communication, pictos, photos, pointage, signe, etc.).

Le travail du logopède, comme pour tous les autres professionnels paramédicaux, s'inscrit dans une approche pluridisciplinaire et transdisciplinaire. Cela implique un travail :

- Individuel avec la personne afin d'évaluer ses potentialités communicationnelles d'un point de vue clinique et d'ensuite envisager des apprentissages dans un contexte neutre ou propice au développement des compétences de la personne ;
- Collectif de mise en œuvre des apprentissages des acquis ou de maintien de ceux-ci à travers des mises en situations au sein des différents milieux de vie de la personne, un partage des expériences ;
- Collaboratif où il s'agira de conseiller, d'orienter voire de former les équipes éducatives aux stratégies communicationnelles les plus appropriées aux personnes concernées.

Ce travail peut également porter sur la modification d'éléments de l'environnement de la personne, afin que celle-ci puisse mieux s'orienter dans son environnement, que celui-ci devienne davantage porteurs de sens et de messages : tableaux pictos journaliers, utilisation de tablettes avec pictos, organisation de mobilier, utilisation de photos, etc.

9.3.8. L'ergothérapeute

Le professionnel ergothérapeute vise le développement maximal de l'autonomie de la personne handicapée, en fonction de ses compétences et de ses besoins. Parmi les stratégies développées, la proposition d'atelier et de mise en activités sont prioritaires. Ces activités et ateliers visent quatre buts principaux à savoir, le maintien des acquis, l'acquisition de nouvelles compétences et l'acquisition de mécanismes adaptatifs ou compensatoires, la valorisation et la socialisation de la personne. Pour ce faire, les professionnels ergothérapeutes mettent en place des activités individuelles ou collectives à orientations thérapeutiques, ludiques, sociales, structurées et adaptées.

Les professionnels ergothérapeutes sont aussi sollicités et mobilisés dans le conseil et l'aménagement de l'environnement de la personne, à travers des adaptations et aménagements techniques, l'information et la formation des autres professionnels, la proposition de solutions techniques adaptées, etc. De manière générale, les ergothérapeutes apportent également des solutions d'aménagement de l'environnement visant la stimulation sensorielle des personnes, notamment dans le cadre des approches snoezelen, bien-être, etc.

Voici une liste non exhaustive des objectifs que l'ergothérapeute peut travailler avec l'enfant :

- Eveil et développement sensoriel (surtout proprioception, vestibulaire, vue, ouïe, odorat et toucher) ;
- Eveil et développement moteur (tonus, posture, équilibre, coordination, préhensions grossières/fines, fonctionnalité du geste,) ;
- Développement cognitif (concentration, attention, mémoire, notion de choix, créativité, imagination,) ;
- Apprentissages des AVJ (activités de la vie journalière) et scolaire ;
- Education, rééducation et réadaptation (acquérir de nouvelles compétences, susciter de nouveaux automatismes et développer des mécanismes compensatoires) ;
- Rôles sociaux (petits boulots communautaires) ;
- Indépendance et autonomie ;
- Socialisation et interaction ;
- Contrôle et maîtrise de l'environnement ;
- Valorisation et estime de soi ;
- Plaisir et bien-être.

9.3.9. Le psychomotricien

Il accompagne le résident dans son évolution psychomotrice moyennant toutes les stimulations possibles. L'objectif principal est d'amener (ou de maintenir) le résident à son maximum d'autonomie fonctionnelle et son bien-être en travaillant sur trois axes :

- développer au maximum les capacités psychomotrices de la personne, travailler avec elle à développer des stratégies adaptives dans la mesure du possible ;
- travailler sur l'environnement de la personne (aménagement de l'espace, du matériel, disposition des lieux, réduction des nuisances sonores, etc.) ;
- transmettre aux professionnels qui accompagnent au quotidien la personne un maximum de consignes, de repères et de stratégies pour soutenir l'autonomie de la personne.

De ce fait, le psychomotricien est amené à travailler en individuel avec la personne concernée (acquisition de compétences) mais aussi en collectif (dans un groupe d'activités ou dans le groupe de vie, en lien avec l'équipe éducative).

9.3.10. L'assistant social

Présent au sein du service social, l'assistant social est placé sous l'autorité du Directeur général. Il le représente, le cas échéant, auprès des proches, du réseau associatif et social. L'assistant social assure le suivi social et administratif des résidents dont il est référent.

Il s'assure de la place de la famille et des proches du résident dont il est le porte-parole.

Il assure les contacts et la bonne information entre les services de la Cité de l'Espoir et les familles (ou les représentants légaux) des personnes hébergées. Il est également chargé de la constitution et du suivi du dossier social et administratif de la personne handicapée.

Il reçoit les demandes d'admission, les analyse, prend, si nécessaire, avis auprès d'autres professionnels de l'institution (psychologue, médecin, directeur pédagogique). Il organise, en concertation avec les professionnels impliqués, les examens d'admission et les visites de familles lorsqu'une place est disponible. Il peut aussi, à la demande d'un membre de son réseau social, envisager une visite de l'institution.

Il participe aux réunions de staffs pédagogiques afin de mener une réflexion pluridisciplinaire sur les situations des résidents. De la même manière, il contribue, en fonction des situations, à l'élaboration des projets de vie de la personne handicapée. Il est, dans ce contexte, chargé de l'envoi aux familles et proches des résidents des plans de soutien personnalisé.

Membre à part entière de la cellule d'admission, il instruit la demande, s'assure de la validité des décisions favorables émises par les divers pouvoirs subsidiaires. Il prend part à la réunion de la cellule d'admission, amenant la vision sociale et familiale, de la personne reçue en examen d'admission.

9.3.11. L'infirmière

L'infirmière s'inscrit dans le cadre de l'accompagnement pluridisciplinaire de la personne handicapée. Elle apporte son expertise en qualité de soins et de nursing. S'adaptant à la réalité de terrain, elle se doit d'effectuer les tâches inhérentes à sa profession tout en ayant une approche concertée avec les autres professionnels de l'institution.

Il est attendu qu'elle soit présente dans le lieu de vie à certains moments clés de la journée, qu'elle participe à divers actes de la vie quotidienne du résident et qu'elle soutienne, dans le cadre de ses compétences, l'équipe éducative. Cette mission est réalisée avec une écoute active de la personne handicapée et des autres intervenants.

L'infirmière est chargée de :

- la préparation et de la distribution des médicaments
- tenir à jour les dossiers infirmiers des résidents
- d'assurer un suivi des soins de plaies, de stomie, etc...
- de participer aux toilettes de la personne handicapée et ce, en collaboration avec le personnel pédagogique
- d'apporter son expertise dans la prise en charge des résidents
- de réaliser tout acte inhérent à sa profession

Pour des raisons de sécurité, l'organisation générale prévoit la présence 24h/24 d'un professionnel infirmier, qui est chargé d'assurer les premiers secours aux résidents en cas de problème médical.

9.3.12. L'infirmière cheffe

L'infirmière chef assure la coordination de l'équipe infirmière. Supérieure hiérarchique des infirmières, elle est le relais vers la direction et dépend directement du Directeur Paramédical, en lien avec les médecins-coordonateurs. Garante des règles à respecter, elle veille à l'application et à la réalisation des techniques de soins adéquates et ce, dans le respect de la personne handicapée.

Son rôle en tant que chef nécessite d'endosser de nombreuses responsabilités :

- gestion du service infirmier (horaire, absence, quota...)
- apporter le support organisationnel et logistique de l'équipe
- gérer la dynamique d'équipe
- procéder à l'évaluation des membres de son équipe et garantir la qualité de service
- déterminer les causes de dysfonctionnements, en déduire les actions à mettre en œuvre et les appliquer
- participer aux différentes réunions de travail et/ou de coordination de l'institution
- veiller à la bonne transmission des informations à l'ensemble de l'équipe et à ses responsables hiérarchiques
- organiser les plans de soins des différents résidents
- s'assurer de la bonne tenue des dossiers paramédicaux
- assurer un tour médical quotidien avec le médecin
- assurer une fonction de relais entre les bénéficiaires, les autres intervenants professionnels, les membres de la famille...
- travailler en collaboration avec des partenaires extérieurs
- assurer le suivi et l'évaluation des stagiaires
- encourager et soutenir la formation continue du personnel
- être le relais de la direction en son absence

9.3.13. Le kinésithérapeute

Professionnel de la prise en charge de l'appareil locomoteur, le kinésithérapeute propose une intervention individuelle ou collective visant à stimuler et/ou préserver les acquis de la personne handicapée et ce, sous la forme d'activités telles que la marche, la pétanque, la natation... Il apporte son expertise dans les gestes quotidiens et dans la prise en charge nursing des bénéficiaires.

Il assure son rôle de professionnel de la santé également dans les différents actes prescrits par les médecins c'est à dire la rééducation orthopédique, les drainages respiratoires, les mobilisations actives et passives.

Il intervient également comme relais des équipes éducatives dans le cadre de prises en charge orthopédiques complexes des patients polyhandicapés (corset-siège, matelas moulé, appareillages divers...).

Il accueille et encadre les stagiaires et se tient informé des dernières avancées technologiques et techniques.

9.3.14. Le médecin coordinateur

Le médecin de l'institution assure son rôle de coordinateur médical. Par cette notion, il faut entendre le médecin responsable

- de la collaboration avec le service de l'Inspection médicale de l'AVIQ
- de la présence médicale, selon les besoins, aux réunions de synthèse et des équipes pluridisciplinaires
- de la supervision des soins donnés par les prestataires paramédicaux (qualité et continuité des soins) et la coordination de la prise en charge médicale
- de la supervision de la délivrance des médicaments (au sens large) et des dates de péremption de ceux-ci
- de la tenue des dossiers médicaux
- de la promotion des formations médicales et paramédicales en bonne collaboration avec la direction (en pratique et en théorie, nécessité entre autres pour les médecins et paramédicaux d'une formation continue)
- du suivi des hospitalisations des bénéficiaires
- de la surveillance des vaccinations et des maladies transmissibles en ce qui concerne les bénéficiaires
- des tâches d'information et de conseil vis-à-vis du Pouvoir Organisateur et de la Direction
- de la sensibilisation aux mesures générales ayant trait à la sécurité, à l'hygiène et à la qualité de l'alimentation (cela concerne par exemple, le tabagisme, les animaux domestiques ou d'élevage, les parasitoses, la diététique, la ventilation des locaux, etc.)
- du respect de l'éthique médicale en général

Il faut noter que cette liste est non exhaustive et que chaque situation est particulière.

Il veille à assurer la qualité des relations entre l'institution, son personnel et ses résidents avec les autres maisons de soins et le milieu hospitalier. Dans ce domaine, dans la mesure des possibilités, il assurera une transmission optimale des informations médicales utiles lors de consultations ou d'hospitalisations extérieures. Par les contacts qu'il noue avec les médecins et institutions extérieurs, il jette les bases du meilleur accueil possible de nos résidents dans ces situations.

Membre de la commission d'admission, il émet un avis sur l'admissibilité des candidats résidents.

Le généraliste collabore étroitement avec ses confrères spécialistes, les paramédicaux et tout autre intervenant de terrain. Il est la clé de voûte de la prise en charge médicale, à l'intersection de toutes les disciplines médicales et paramédicales.

Il s'inscrit également dans le cadre de formation en accueillant des stagiaires médecin de dernière année et en participant aux modules de formation interne proposés aux nouveaux travailleurs.

9.3.15. Les médecins spécialistes

L'équipe médicale compte en ses rangs un neuropédiatre, un physiothérapeute et un neurologue. Ces spécialistes mettent leurs compétences respectives au service des bénéficiaires et ce dans le but de garantir une prise en charge adéquate et optimale en fonction des données scientifiques les plus récentes.

9.3.16. Le médecin-psychiatre

Il assume la coordination des soins de nature « psychiatrique » au sein de l'institution. Il est l'un des membres de la commission d'admission se prononçant sur l'admissibilité d'un candidat résident à la Cité.

Il participe en fonction des situations, aux réunions avec les équipes pédagogiques en cas de difficultés comportementales importantes, présentées par un résident. Il supervise, adapte et modifie les traitements psychotropes prescrits au sein de l'institution. Il prend en charge la partie « trouble psychique et comportements dérangeants » de la formation aux nouveaux travailleurs.

Il rédige des rapports d'évolution, de réévaluation des résidents, destinés aux instances subsidiaires.

Il coordonne ses activités avec les médecins d'autres spécialités de l'institution.

9.4. Politique de recrutement

En 2018, nous avons élaboré une stratégie globale concernant les différents processus de recrutement. Cette stratégie est formalisée dans un document d'une dizaine de pages et a été soumise aux différentes instances (Comité de Direction Conseil d'Entreprise, Conseil d'Administration). Dans ce document sont précisés :

- La gestion des candidatures spontanées ;
- La gestion des processus de recrutement et de sélection.

Au niveau du personnel éducatif, nous veillons toujours à respecter les besoins de terrain qui sont bien supérieurs aux normes minimales d'encadrement. Il est important de pouvoir compter sur du personnel qualifié et compétent. C'est pourquoi il est nécessaire de pouvoir bénéficier de professionnels formés spécifiquement au métier « d'éducateur » (éducateur/trice classe 1 et classe 2a) tout en veillant au respect des contraintes budgétaires. C'est la raison pour laquelle nous recherchons un équilibre dans la répartition entre les différentes qualifications/catégories au sein de nos équipes.

Deux ou trois fois par an, nos services réalisent un appel à candidatures externe en vue de constituer une réserve de recrutement « éducateurs ». Les personnes sont convoquées pour une séance de présentation de l'institution, du projet de service (dans ses grandes lignes) et de ses infrastructures.

Ensuite, un entretien individuel des candidats est réalisé afin de déterminer l'adéquation du profil. Si l'entretien est concluant pour les 2 parties, les candidats sont identifiés dans la réserve de recrutement et invités à participer aux modules de formation « nouveaux travailleurs ».

Au niveau des recrutements des profils autres qu'éducatifs et plus spécifiques, plusieurs étapes sont systématiquement mises en œuvre :

- Détection et analyse du besoin ;
- Actualisation et/ou définition du profil de fonction ;
- Détermination du mode de recherche le plus approprié ;
- Analyse des candidatures des curriculum vitae (présélection) ;
- Le cas échéant, détermination du jury/comité de sélection ;
- Entretiens et tests de sélection ;
- Choix du candidat ;
- Accueil et intégration du nouveau travailleur.

Tout recrutement au sein de la Cité de l'Espoir se fait sous la supervision et le contrôle du Directeur des Ressources humaines afin de garantir une cohérence globale ainsi qu'une objectivité dans la sélection des candidats.

9.5. Politique de formation

Notre politique de formation est régie par des principes énoncés dans la charte formation de l'institution. Cette charte, concertée et validée par les instances, sera intégrée dans la nouvelle version du Règlement de Travail.

La charte définit les engagements mutuels des parties (direction et professionnels), des modalités pour des formations spécifiques et les modalités pratiques (organisation, frais, etc.).

Notre plan de formation est élaboré de manière concertée et participative et reprend l'ensemble des projets de formation à mettre en œuvre sur une période de trois ans. La méthodologie est concertée et basée sur une détection des besoins par types de services, par types de professions.

Le plan de formation s'appuie sur les grandes priorités, en phase avec les projets pédagogiques et les évolutions du contexte de travail. Il vise à développer les compétences collectives (propres à un métier, à une équipe ou à un groupe de vie) et les compétences transversales (communes à des membres du personnel appartenant à des équipes ou secteurs différents, voire qui concernent tout le personnel). Il veillera aussi à rencontrer des attentes individuelles, de spécialisation le plus souvent.

Tout professionnel nouvellement engagé au sein des services de la Cité de l'Espoir est tenu de suivre le programme de formation « nouveau travailleur », promulgué en interne. Ce programme de formation consiste en 3 demi-journées de formation concernant :

- Un axe pédagogique (présentation des programmes-cadres spécifiques – gestion de la communication avec la personne handicapée – gestion des comportements défis) ;

- Un axe prévention, secourisme et médical (premiers soins, problèmes de santé récurrents, épilepsie, prévention incendie, etc.) ;
- Un axe se focalisant sur les apprentissages techniques (techniques de désobstruction des voies respiratoires, techniques de soins de nursing, techniques de manutention).

A cette approche collective, s'ajoute des propositions de formation à destination des professionnels sur base de leur évaluation individuelle (identification des besoins de formation entre l'évalué et l'évaluateur).

Concernant les formations à orientation pédagogique, les formations in situ sont privilégiées en développant les approches en regard des programmes-cadres et en privilégiant les formations d'équipes, plutôt que des professionnels volontaires (démarche individuelle) afin de garantir une mise en application concrète sur le terrain. Des formations de type sensibilisation peuvent également être menées sur certaines thématiques plus générales.

Des formations de type supervision sont également proposées sur base individuelle ou collective (en fonction des situations). Elles sont envisagées comme soutien ponctuel aux personnes (gestion de dynamique de groupe, gestion du deuil, prise de recul liée à un évènement particulier, etc.).

L'objectif de l'institution est d'atteindre 5 jours de formation par an en moyenne par équivalent temps plein.

9.6. Logique de structuration des horaires

Les horaires sont organisés en fonction des besoins des résidents et de leur prise en charge. Au niveau éducatif, les horaires principaux sont les suivants :

- 7h00-14h30 et 13h30-21h00 (spécifique aux équipes de jour) ;
- De 8h30 à 17h (équipes de jour, à cheval sur les 2 plages horaires) ;
- 20h30-7h21 (spécifique aux équipes de nuit).

Des horaires intermédiaires en journées existent également de manière à bénéficier de davantage de souplesse, notamment pour les participations à des activités pédagogiques, pour les sorties, etc.

Cette organisation horaire permet de garantir un encadrement éducatif constant (nuit/jour) auprès des groupes de vie (sur le Domaine des Croisiers comme dans les nouvelles résidences). Il est à noter que nous garantissons également une présence d'un personnel infirmier 24h/24 sur le Domaine des Croisiers afin de répondre rapidement à toutes les urgences médicales (fausse déglutition, crises d'épilepsie, etc.). Il en va de même concernant un système de garde au niveau médical (médecin interne appelable en cas de besoin).

Pour les autres services, une certaine « flexibilité » horaire est de mise. Toutefois, les nécessités de service priment toujours sur l'intérêt privé, surtout si une permanence doit être organisée.

10. Conclusions générales

Le processus de concertation et d'élaboration débouche sur un grand nombre d'objectifs, parfois généraux, parfois très spécifiques à une thématique ou à un profil particulier de handicap. Les exercices d'audit interne et externe ont mis en évidence nos forces et nos points à améliorer. De manière pragmatique, nous les reformulons dans une série d'objectifs généraux qui nous serviront de guides pour les 5 années à venir.

Les grands objectifs de ce projet de service 2021-2026 :

- **INFRASTRUCTURES** : Programme de rénovation de nos infrastructures afin d'améliorer et de favoriser la normalisation des conditions de vie des résidents, améliorer l'intimité des résidents (chambre à 1 ou 2 lits), salles de bains adaptées, fonctionnalité des lieux de vie (chambres adjacentes aux espaces de vie en journée), réalisation d'aménagements raisonnables en attendant la fin des travaux prévus dans 7 ans pour améliorer l'intimité des résidents, personnalisation et individualisation des espaces de nuit, des espaces de jour en fonction du profil de handicap ;
- **FONCTIONNEMENT** : Continuer l'ouverture vers l'extérieur à travers l'aboutissement des projets de résidences inclusives et leur pleine mise en œuvre ; le développement de collaborations avec l'extérieur et d'Intervision avec d'autres services (polyhandicap, vieillissement, autisme), inviter des partenaires au sein de la Cité de l'Espoir pour différents projets, la mise en place d'un plan de formation diversifié et axé sur des thèmes liés à la bientraitance et aux spécificités du handicap (autisme, manutention et bientraitance, gestion des troubles du comportement, etc.) ;
- **DROITS des RESIDENTS** : Conscientiser l'ensemble des professionnels et interroger nos pratiques en regard des droits des personnes handicapées : questionner les pratiques de contentions, les évaluer, les cadrer, les limiter ; renforcer les pratiques favorisant l'autodétermination (choix des activités, participation à son projet de vie, choix alimentaire, participation au conseil des usagers, etc.) et l'autonomie ;
- **POLITIQUE D'ACCUEIL** : Chaque résident doit bénéficier chaque jour d'au moins une activité (collective ou individuelle) qu'il apprécie et dans laquelle il est accompagné. Cette activité doit faire sens pour lui, être l'occasion d'une approche relationnelle constructive et valorisante ;
 - ⇒ Déploiement d'une organisation qui soutienne et structure l'atteinte de cet objectif (juin 2022) ;
 - ⇒ Développement de formation pour des techniques plus sensorielles pour les personnes polyhandicapées, autistes et vieillissantes (snoezelen, bols tibétains, massages, etc.) ;
- **POLITIQUE d'ACCUEIL DES PERSONNES AUTISTES** : clarifier la stratégie générale d'accueil (groupes spécifiques ou groupes mixtes), formation des professionnels en conséquence, développement d'une approche sensorielle complémentaire à l'approche comportementaliste (éducation structurée).

- FONCTIONNEMENT PEDAGOGIQUE : réappropriation et mise en œuvre du projet de service à travers la mise en place des nouveaux de projets de lieu/groupe de vie (septembre 2021 – septembre 2023).

- POLITIQUE DES SOINS : continuer de répondre aux besoins de nos résidents au niveau des soins, à travers des dispositifs innovants et adaptés (infirmierie pour une approche posthospitalisation, un lieu d'apaisement, un isolement prophylactique, chambre palliative), implémentation de la PMI robotisée, collaboration avec des groupements infirmiers et des kinés indépendants, collaboration avec un cabinet dentaire mobile ainsi que des cabinets de proximité, adaptation de la politique d'alimentation spécifique - alimentation entérale, gestion des régimes individualisés -, partenariats avec les centres hospitaliers de la région, consultation orthopédique et neurologique hebdomadaire.

11. Annexes

- Annexe 1 : Référentiel VARS Cité de l'Espoir SRA
- Annexe 2 : Charte des valeurs des services de la Cité de l'Espoir
- Annexe 3 : Procédure Contentions et Isolement
- Annexe 4 : PSP Modèle
- Annexe 5 : Référentiel Politique Prévention Maltraitance 2021 05 31
- Annexe 6 : Organigramme